



e-ISSN: L2644-4003



UMECIT

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004

REVISTA SALUTA+



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

No. 1 – Año 1 - Diciembre 2017 – Mayo 2018



UMECIT

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

SALUTA

No. 1 – Año 1
Enero 2018 – Junio 2018
Panamá

Revista arbitrada e indizada de la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología (UMECIT)

ISSN Impreso: 2519-0083 ISSN Electrónico: L2644-4003

La Revista SALUTA es una publicación en formato impreso y digital, de periodicidad semestral (Enero y Julio), Su Comité Editorial exige la originalidad de cada artículo sometido a consideración para su publicación.

Está adscrita a la Dirección de Investigación de la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología (UMECIT).

POLÍTICA EDITORIAL

La revista científica SALUTA, abarca una temática científica amplia en la que se divulgan artículos de investigación relacionados con la psicología, fisioterapia, educación para la salud, nutrición y dietética, registros médicos, educación física, medicina y cualquier otra rama de estas ciencias.

Los trabajos presentados provienen del esfuerzo constante de la comunidad de investigadores, alumnos y docentes que integran la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología (UMECIT) y de otros contextos académicos nacionales e internacionales, interesados en exponer los resultados de sus investigaciones o sus reflexiones sobre temáticas del área, con la rigurosidad científica que exige una publicación arbitrada.

VISIÓN

Ser una Revista Arbitrada e Indizada con reconocimiento mundial, caracterizada por contribuir a la consolidación de la cultura investigativa al difundir avances y/o resultados de investigaciones en el campo de la salud.

Versión electrónica disponible en: revistas.umecit.edu.pa

Dirección electrónica para canjes o envíos de trabajo: saluta@umecit.edu.pa

Diagramación: Lic. Arturo Nieto Nuñez

Impresa en Color DPI, República de Panamá

Queda prohibida, sin autorización escrita de los titulares de los derechos de autor, bajo las sanciones contempladas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluida la fotocopia, el procesamiento informático y la distribución de ejemplares de esta obra mediante alquiler o préstamo.



UMECIT
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dr. José Alberto Nieto Rojas
Rector

Dra. Claudia Marcela Rueda Ossa
Vicerrectora General

Mgtra. María Piedad Nieto
Vicerrectora Administrativa

Dra. Magdy De las Salas
Directora de Investigación, innovación y postgrado

Mgter. Mauricio Sierra
Director Académico

Dra. Merlyng Flores
Directora de Extensión

Mgtra. Britania Montenegro
Secretaria General

REVISTA SALUTA

EQUIPO EDITORIAL

EDITORIA:

Dra. Magdy De las Salas Barroso
Directora de Investigación y Postgrado de la UMECIT
direccioninvestigacion@umecit.edu.pa

COMITÉ EDITORIAL:

Dr. Roberto Hernández Sampieri
Universidad de Celaya, México

Dr. Antonio Rivera Cisneros
Universidad de Guadalajara, México

Mgtra. Lourdes Iribarren
Coordinadora Facultad de Ciencias de la Salud de UMECIT

Dr. Juan Camilo Quijano
Investigador de la Universidad de Illinois, Estados Unidos

Dra. Nadja Porcell
Observatorio panameño de Drogas, República de Panamá

Dr. Jorge Villatoro
Instituto Nacional de Psiquiatría de México

ÍNDICE

Magdy De Las Salas

Presentación de la edición.....6

José Alberto Nieto Rojas

Editorial.....8

Artículos de investigación:

Diana E. Varela, Panamá

Percepción de los pacientes y funcionarios sobre la implementación del expediente clínico electrónico del Ministerio de Salud de Panamá.....10

Carlos A. Ramos O. y Mariano Ramírez, Panamá

Efectividad de diferentes técnicas educativas odontológicas en el control de la placa bacteriana en escolares.....23

Ensayos:

Amairani Abimelec Acevedo Castillo, Panamá

Exclusión social de los enfermos mentales.....57

Liseth Madelline Pimentel González, Panamá

La vida de un individuo con trastornos neurocognitivos por enfermedad de alzheimer.....64

Carlos Ernesto Pinto, Panamá

Influencia de la medicina tradicional frente al tratamiento de la diabetes mellitus.....74

Normas de publicación de la Revista.....82

PRESENTACIÓN DE LA EDICIÓN



Magdy De las Salas Barroso
Editora de la Revista SALUTA
saluta@umecit.edu.pa

La Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología (UMECIT) una vez más pone en evidencia su esfuerzo permanente por generar espacios para el intercambio de saberes y la transferencia de conocimiento. Esta vez, nos enorgullecemos y celebramos en conjunto con nuestra Facultad de Ciencias de la Salud, el lanzamiento de la revista SALUTA, donde nuestros lectores podrán encontrar artículos de investigación y ensayos relacionados con la psicología, fisioterapia, educación para la salud, nutrición y dietética, registros médicos, educación física, medicina y cualquier otra rama de estas ciencias.

La edición número 1, año 1 de la Revista SALUTA, correspondiente a Enero – Junio 2018, nos muestra dos (2) artículos y tres (3) ensayos. Se inicia con el editorial del Rector de la UMECIT, José Alberto Nieto Rojas, quien destaca el interés de los profesionales de las ciencias de la salud para transmitir sus conocimientos y experiencias investigativas a través de este nuevo espacio institucional de divulgación científica: Revista SALUTA.

Iniciamos la edición con el artículo de **Diana Varela**, titulado **“Percepción de los pacientes y funcionarios sobre la implementación del expediente clínico electrónico del Ministerio de Salud de Panamá”** quien plantea el análisis sobre la percepción en el uso, ventajas y desventajas de la atención por medio del expediente clínico electrónico, y cuyos resultados obtenidos se plasmaron una vez se desarrollase la misma, destacando la importancia de la implementación de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC’S) en la atención de salud de Panamá.

Carlos Ramos, Panamá y Mariano Ramírez, Panamá nos presentan su artículo titulado **“Efectividad de diferentes técnicas educativas odontológicas en el control de la placa bacteriana en escolares”**, en el cual destacan entre sus resultados, información importante sobre las técnicas educativas odontológicas y cuál es la mayor efectividad en el control de la placa dental, de utilidad para acudientes, estudiantes y el Ministerio de Salud de la República de Panamá.

Seguidamente, el ensayo de **Amairani Abimelec Acevedo Castillo**, titulado **“Exclusión social de los enfermos mentales”** donde plantea que las actitudes sociales practicadas de una forma negativa suelen conllevar a una exclusión que puede producir una imagen social marginada que afecta el bienestar, adaptación y participación social, además un aumento en el aislamiento y marginación de las personas que padecen alguna enfermedad mental.

El ensayo realizado por **Liseth Madelline Pimentel González** aborda la temática **“La vida de un individuo con trastornos neurocognitivos por enfermedad de Alzheimer”** plantea que el Alzheimer es un trastorno neurocognitivo de carácter degenerativo que afecta las funciones ejecutoras y de memoria de las personas que los padecen, esto implica, que sean incapaces de realizar actividades sencillas en sus trabajos e inclusive en su autocuidado, olvidar a personas cercanas a ellas y que progresivamente se conviertan en dependientes del cuidado de otras personas. Esta patología representa la principal causa de demencia a nivel mundial.

Para finalizar esta edición, el ensayo realizado por **Carlos Ernesto Pinto** aborda la temática **“Influencia de la medicina tradicional frente al tratamiento de la diabetes mellitus”** plantea que en los últimos años la diabetes mellitus ha trascendido su prevalencia de morbilidad y día tras día nuevos casos se diagnostican a nivel mundial, permitiendo de esta manera señalar, que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública actuales. Por tal razón hoy en día los avances tecnológicos y distintos medicamentos son utilizados para el tratamiento de esta enfermedad con el fin de mantener a los pacientes que la padecen dentro de un sistema multidisciplinario que le permitan llevar un estilo de vida más saludable que incluyan cambios en alimentación, ejercitación y cumplimiento del plan terapéutico indicado por el médico responsable.

Amigos lectores, que sea ésta la primera de muchas ediciones de la revista SALUTA y que sea un espacio abierto para la comunidad científica nacional e internacional. Reiteramos nuestra complacencia ante tan importante logro. ¡Que disfruten la edición!

EDITORIAL



José Alberto Nieto

Rector de la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología, Panamá
rectoria@umecit.edu.pa

La generación y transferencia del conocimiento constituye una de las tareas más importantes de una casa de estudios superiores. Una de las áreas más sensibles al hablar de investigación es el área de la salud. La calidad de vida de toda persona parte de tener una vida saludable.

La investigación científica en el área de salud sin duda representa un compromiso con la humanidad. Enfocarse permanentemente en la producción de alternativas y nuevos hallazgos que beneficien la salud, hace parte de la responsabilidad social que como universidad tenemos ante el país y ante el mundo.

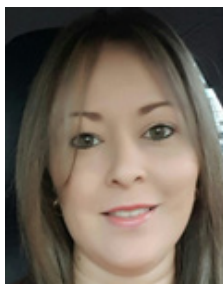
La calidad de la educación, en especial en la educación superior, va de la mano con la labor investigativa. En este sentido, la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología UMECIT, consciente de la importancia de la gestión de investigación institucional, fortalece a través de esta publicación, nuestro sistema de revistas institucional, robusteciendo así las plataformas comunicaciones que permiten difundir los esfuerzos intelectuales de estudiosos del área de la salud, a nivel nacional e internacional.

Como Rector de UMECIT, presento con orgullo la primera edición de nuestra Revista arbitrada SALUTA, espacio que servirá para contribuir a difundir estudios científicos, análisis y reflexiones en las diversas disciplinas del área de salud, como parte de nuestro interés permanente en aportar al desarrollo de la ciencia, lo cual solo es posible a través de la investigación.

SALUTA es una ventana más para concientizar a docentes y estudiantes de todos los niveles de formación, que no podemos estar a espaldas de la realidad del conocimiento y que la indagación e inquietud constante ante la búsqueda de nuevos saberes, con pensamiento crítico y creatividad, debe ser inherente al accionar de todo aquel que hace vida académica.

Que esta primera edición se convierta en una de muchas más y que logremos posicionarnos en la comunidad académica a través de los conocimientos que desde este espacio puedan difundirse.

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y FUNCIONARIOS SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO DEL MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ



Diana E. Varela

Fisioterapeuta del Centro de Salud de Río Abajo, Maestría en Administración de los Servicios de Salud con énfasis en Gerencia de los Servicios de Salud, Universidad Santander Panamá.
dianavarelaf@hotmail.com

Fecha de recepción: 15/10/2017

Fecha de revisión: 20/10/2017

Fecha de aceptación: 07/12/2017

RESUMEN

La presente investigación titulada “Percepción de los usuarios y pacientes en cuanto a las ventajas y desventajas de la implementación del expediente clínico electrónico en el Centro de Salud de Río Abajo y el Policentro de Salud de Parque Lefevre”, como una herramienta del Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS), implementada en las instalaciones del Ministerio de Salud de Panamá en el 2013 en provincias centrales y en el 2015 en el área metropolitana, está basada en un estudio de tipo descriptivo – exploratorio, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado, utilizando la escala de Liker, el cual fue dirigido y aplicado hacia los usuarios del expediente clínico electrónico (funcionarios), así como a los pacientes que acuden a atenderse en ambas instalaciones de salud. El objetivo de esta investigación fue analizar y discutir la percepción en el uso, ventajas y desventajas de la atención por medio del expediente clínico electrónico, y cuyos resultados obtenidos se plasmaron una vez se desarrollase la misma, destacando la importancia de la implementación de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC’S) en la atención de salud de Panamá.

Palabras clave: percepción, expediente clínico electrónico, capacitación, médicos generales, enfermería.

PERCEPTION OF THE PATIENTS AND OFFICERS ABOUT THE IMPLEMENTATION OF THE ELECTRONIC CLINICAL RECORD MINISTRY OF HEALTH OF PANAMA

ABSTRACT

The present research entitled “Perception of users and patients regarding the advantages and disadvantages of the implementation of the electronic clinical record in the Health Center the Rio Abajo and The Health Policenter of Parque Lefevre”, as a tool of the Electronic Health Information System (SEIS), implemented in the facilities of the Ministry of Health of Panama in 2013 in central provinces and in 2015 in the metropolitan área, is based on a descriptive - exploratory study, through the application of a structured questionnaire using the Liker scale, which was directed and applied to the users of the electronic clinical file (officials), as well as to the patients who attend to attend in both health facilities. The objective of this research was to analyze and discuss the perception in the use, advantages and disadvantages of the attention through the electronic clinical record, and whose results were recorded once it was developed, highlighting the importance of the implementation of Information and Communication Technologies (TIC’S) in health care in Panama.

Key words: perception, electronic clinical file, training, general practitioners, nursing.

INTRODUCCIÓN

El expediente clínico electrónico tiene sus inicios en Panamá de forma institucional desde el 9 de abril del 2012, cuando la Caja de Seguro Social (CSS) inicia la implementación de éste en la modalidad conocida como Sistema de Información de Salud (SIS), siendo una nueva plataforma digital que se pone en esta institución sanitaria. El SIS busca facilitar la disponibilidad de la información de todos los pacientes y simplificar los procesos internos, tanto médicos como administrativos, para brindar un mejor servicio.

El Ministerio de Salud con la finalidad de prestar servicios de salud con criterios de equidad, eficacia, eficiencia, y calidad; con un enfoque integral en la atención de salud de sus pacientes, inició en octubre de 2013 el proceso de implementación del Sistema de Información de Salud, para el primer nivel y hospitalario de atención, indispensable para elevar la calidad de los servicios brindados. Este Sistema de Información, que dará soporte a la actividad, ha de garantizar el cumplimiento del compromiso de brindar el servicio a la instancia más cercana, más accesible y con mayor capacidad de respuesta en el menor tiempo, a las necesidades de los ciudadanos y profesionales de la salud, considerando los siguientes objetivos:

1. Situar al usuario de los servicios de salud como el núcleo de la actividad asistencial. Facilitar al usuario de los servicios de salud el acceso a los recursos y a la asistencia sanitaria mediante la identificación indiscutible del mismo.
2. Incrementar la eficiencia del Sistema de Salud a través de cambios en sus mecanismos de gestión.
3. Disponer de un Sistema de Información que permita su adaptación al entorno actual y futuro.
4. Unificar los datos de todo el sistema de información que permita una gestión multi hospital / meta centro y multiproceso orientado a la calidad. Los datos podrán ser clínicos, administrativos, de gestión, de recursos y de actividad.
5. Ayudar a la toma de decisiones, mediante la implantación de mecanismos, que permitan monitorear la calidad de los servicios que se prestan y los niveles de eficacia de los mismos.

Se consideró la implantación del modelo básico de Atención de Primer Nivel en 10 unidades de las Provincias Centrales (Herrera, Los Santos y Coclé) en una primera etapa, con la aprobación y firma del Contrato N° 085 en octubre de 2013, con una duración de 2 (dos) años, un alcance de 100 instalaciones de salud y la puesta en producción de los 10 primeros sitios arriba mencionados. El 16 de Octubre del 2015 se firma la Adenda N°1 al contrato, para dar continuidad a este proceso en el MINSA, adicionando 25 instalaciones de salud de primer nivel para un total de 125 sitios a nivel nacional, con una duración hasta Abril del 2017. Actualmente solo falta una instalación de salud de la Región Metropolitana que comience a utilizar el SEIS. (Ministerio de Salud, 2016).

SOBRE EL PROBLEMA

Antes de la implementación del Sistema Electrónico de Información de Salud, conocido con sus siglas: SEIS, que dentro de sus módulos está el expediente clínico electrónico, en el Ministerio de Salud; se llevaba la historia clínica de atención del paciente por medio de un folder o cartapacio, en el cual se iban anexando las diversas hojas de atención, las que en muchas ocasiones se extraviaban, y el conglomerado de expedientes físicos que existían hacían que el archivo y custodia de los mismo fuese un reto enorme debido a la falta de espacio físico en las instalaciones de salud.

Esta instancia se daba cada vez que el paciente acudía a atenderse, y es el sistema que aún se sigue utilizando en una alta proporción del resto de los centros de salud del área metropolitana y del interior de Panamá, en los cuales no se ha instalado aún el sistema SEIS con su expediente clínico electrónico.

El sistema electrónico de información de salud consiste en una aplicación electrónica (software) que contiene el expediente clínico electrónico, y que a su vez permite la automatización y digitalización de los documentos, facilitando la recuperación de los expedientes con mayor rapidez a la hora que el paciente acude a una instalación de salud para su atención, y evitando que se extravíe la información y a su vez la duplicidad de la misma. Es así como se inició la tarea de digitalizar los expedientes y registros médicos en el sector de Azuero, buscando un orden y dejando poco a poco los cartapacios o expedientes impresos. (Ministerio de Salud, 2015) .

La instalación de esta aplicación electrónica conlleva varios procesos previos a la atención del paciente. Entre estos procesos están la dotación e instalación de computadoras, impresoras, la provisión del servicio de internet y de la plataforma en cada Centro y Policentro de Salud, así como también en cada departamento que tenga que ver con atención de pacientes (Registros Médicos, Médicos Generales, Pediatría, Psicología, Farmacia, Laboratorio, Enfermería, entre otros).

Posteriormente, o en algunos casos, simultáneamente, se procede a capacitar al personal administrativo y de salud (usuarios), sobre el funcionamiento del sistema en las diversas ramas de salud, siendo el primero en ser capacitado el personal de Registros Médicos, por ser quien recibe en primera instancia al paciente. Esta fase del proceso se conoce como Afiliación, en donde se ingresan los datos personales del paciente – por primera vez – al sistema.

Cuando el paciente acuda de manera subsiguiente a las instalaciones de salud que cuenten con este sistema de atención, no tendrán que proporcionar la información de todos sus datos nuevamente, sino que solo bastará con dar su número de cédula o identificación personal, y automáticamente aparecerán los datos personales e historial del paciente.

La meta del MINSA era contar para el año 2015 con unas 110 instalaciones en el país con el SEIS en funcionamiento, así como un total de 145 instalaciones de salud al finalizar la gestión gubernamental, según lo establecido en la Adenda N °2. De este modo, sea cual fuere el sitio en que el paciente vaya a atenderse, éste y el personal médico tendrían acceso total a la información de manera rápida y completa. (Ministerio de Salud, 2015).

La investigación se planteó como objetivo, valorar la percepción sobre las ventajas y desventajas del expediente clínico electrónico en los funcionarios de salud (usuarios) y los pacientes en el Centro de Salud de Río Abajo y el Policentro de Salud de Parque Lefevre.

Los sistemas de información en salud constituyen hoy, no sólo soportes para los procesos, sino que consideran a la información como la base del conocimiento, la inteligencia y el talento organizacional, y como una de las principales fuentes de ventaja competitiva

sostenible, permite también colocar al sistema de salud en condiciones emprendedoras ante el aprendizaje y la innovación. Constituyen un elemento más de la infraestructura de gestión y, debe ser consistente con los demás sistemas que la integran (planificación, control, auditoría, entre otras), para constituirse en incentivos a la propia estructura.

Este estudio se plantea abordar si el expediente clínico electrónico ha sido de utilidad para los funcionarios y para la población que se atiende en dos centros de salud: Río Abajo y Parque Lefevre.

En vista de que al momento de comenzar el estudio se contaba con la reciente instalación del sistema electrónico, fue altamente posible la disponibilidad de suficiente información y datos (que serán las variables de este estudio), a fin de realizar las comparaciones entre localidades, así como para analizar la eficiencia en cada sitio experimental.

Siendo el SEIS uno de los proyectos pilares y prioritarios del MINSA para este quinquenio, las autoridades que supervisan institucionalmente los avances del mismo brindaron un alto nivel de apoyo para el desarrollo de esta propuesta en las dos instalaciones de salud donde se ejecutó el estudio. El MINSA espera obtener una mayor eficiencia y efectividad del sistema electrónico, tanto en las instalaciones que ya cuentan con este sistema, como en aquellas en que está por inaugurarse.

Cabe señalar que los resultados obtenidos fueron los que se recabaron al momento de aplicar el instrumento para la recolección de los mismos, el cual comenzó con la estructuración del estudio, búsqueda de información referente al tema, gestión de permisos en el 2015, y concluyó a mediados del 2016 con la tabulación y análisis de los resultados, hoy día es otro el panorama que encontramos en las instalaciones de salud.

MARCO LEGAL EN PANAMÁ, PARA EL USO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

El Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) está ubicado en la Oficina de Informática, quien gerencia y administra el proyecto según el contrato, esta oficina se encuentra en el Nivel Auxiliar de Apoyo y está adscrita al Despacho Superior del Ministerio de Salud. (Ministerio de Salud, 2016)

En Panamá, el uso de este tipo de sistemas de información en la práctica asistencial del sistema público como se ha descrito en párrafos superiores es de muy reciente introducción, y el marco legal proporciona las bases esenciales que orientan las acciones necesarias, con la finalidad de mejorar las condiciones de la población panameña, adicional permiten guiar y direccionar el Sistema de Información en Salud:

- Constitución Política de Panamá: Capítulo 6. Año 1972.
- Código Sanitario de la República de Panamá: Ley N° 66 de 10 de noviembre de 1947, el cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.
- Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones. (Gaceta Oficial N° 16.292 de 4 de febrero de 1969).
- Decreto N° 75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial N° 16.437 del 2 de septiembre de 1969). Ley No. 66 de 10 de noviembre 1947, del Código Sanitario de Panamá en Título IV, Capítulo I, Estadística.
- Gaceta oficial N° 27986-B, Decreto Ejecutivo N° 19, del 09 de marzo de 2016, que modifica el decreto ejecutivo N° 210 de 26 de julio de 2001 que reglamenta la expedición de certificados de incapacidad y se deroga el decreto 12 de 27 de enero de 1983.
- Ley No. 11 de 22 de enero de 1998, por la cual se regula el almacenamiento tecnológico de documentos y se adoptan otras disposiciones.
- Ley No. 43 de 31 de julio 2001, que define y regula los documentos y firmas electrónicas y las entidades de certificación en el comercio electrónico y el intercambio de documentos electrónicos.
- Decreto No. 297 de 24 de agosto de (SENIS), que Crea el Sistema Estratégico Nacional de Información Sanitaria (SENIS).
- Ley No. 68 de 20 de Noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada. Esta misma ley hace mención de que es Registro de Salud REGES, es el custodio del expediente del paciente. Creación de una Comisión Nacional, Regional y Local para el Expediente Clínico del paciente.
- Decreto Ejecutivo N° 1458 del 6 de noviembre de 2012; por el cual se reglamenta la Ley 68 del 20 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información de decisión libre e informada.
- Ley N° 51 del 22 de julio de 2008, Que define y regula los documentos electrónicos y las firmas electrónicas y la prestación de servicios de almacenamiento tecnológico de documentos y de certificación de firmas electrónicas y adopta otras disposiciones para el desarrollo del comercio electrónico.
- Decreto Ejecutivo N° 684 del 18 de octubre de 2013, que reglamenta la Ley N° 51 del 22 de julio de 2008, y la Ley N° 82 de 9 de noviembre de 2012 en materia de firma electrónica.
- Ley N° 82 de 9 de noviembre de 2012, que otorga al Registro Público de Panamá atribuciones de autoridad registradora y certificadora raíz de firma electrónica para la República de Panamá, modifica la Ley N° 51 de julio de 2008 y adopta otras disposiciones. Resolución N° DG-125-2013 del 6 de noviembre de 2013, por el cual se dicta el Reglamento Técnico N° 1 de la Dirección Nacional de Firma Electrónica.

- Ley 83 de 9 de noviembre de 2012, que regula el uso de medios electrónicos para los trámites gubernamentales y modifica la Ley 65 de 2009, que crea la Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental.
- Decreto Ejecutivo 1617 de 21 de octubre de 2014. “Que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, vigilancia laboratorio, y se señalan los procedimientos para su realización”.
- Resolución N° 945 del 22 de julio 2015, que aprueba la estructura organizativa de los equipos responsables de implementar El Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) de expedientes clínicos electrónicos.

Los centros hospitalarios o de salud velarán por el buen uso de los archivos de datos de los pacientes, aplicando medidas de control.

MARCO CONTEXTUAL

El expediente clínico electrónico supone incorporar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) en el núcleo de la actividad sanitaria. Esto trae como consecuencia que la historia deje de ser un registro de la información generada en la relación entre un paciente y un profesional o un centro sanitario, para formar parte de un sistema integrado de información clínica.

El expediente clínico electrónico es el registro unificado y personal, multimedia, en el que se archiva en soporte electrónico toda la información referente al paciente y a su atención. Es accesible, con las limitaciones apropiadas, en todos los casos en los que se precisa asistencia clínica (urgencias, atención primaria, especialidades, ingresos hospitalarios y demás).

Debe integrarse toda la información multimedia que se utiliza en la práctica clínica. Almacenar adecuadamente esta información, hacerla amigablemente accesible, difundirla de forma adecuada a los posibles usos y con las garantías debidas (consentimiento, confidencialidad, seguridad y demás requisitos), y recibirla y reutilizarla en la forma más conveniente es un proceso todavía en potencia (Fernández, 2009).

Durante más de 20 años ha existido en todo el mundo una presión permanente para prevenir errores médico evitables así como para reducir costos en la atención de la salud, bajo una línea de hacer más con lo mismo o mucho más con los incrementos que se generen.

Siendo el expediente clínico electrónico plataformas, programas entre otros instrumentos donde se registran electrónicamente las actividades de atención, promoción, prevención, educación, técnicas y las actividades administrativas, entre otras. Forman parte de las historias clínicas organizadas en los diversos programas con que cuenta el Ministerio de Salud y están normadas, lo que significa que su llenado es obligatorio. El expediente

electrónico es un ejemplo, ya que cuenta con los formularios específicos para cada programa, el mantenimiento de la herramienta es continuo, lo que permite la inclusión de formularios que se hayan adecuado a través del tiempo.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), son un conjunto de servicios, redes, software y dispositivos desarrollados para gestionar información y enviarla de un lugar a otro. Abarcan un abanico de soluciones muy amplio. Incluyen las tecnologías para almacenar información y recuperarla después, enviar y recibir información de un sitio a otro, o procesar información para calcular resultados y elaborar informes, que tienen como fin la mejora de la calidad de vida de las personas dentro de un entorno, y que se integran a un sistema de información interconectado y complementario (Ministerio de Salud, 2016).

REALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO EN PANAMÁ

Con la implementación del expediente clínico electrónico por las autoridades panameñas, en este caso el MINSA, se quiere gestionar y administrar de manera ágil todos los servicios de salud que brinda la institución en todas sus unidades ejecutoras a nivel nacional, a través de la implementación de una solución tecnológica y la estandarización de procesos con el fin de brindar un mejor servicio a nuestra razón de ser, los pacientes.

El SEIS es un Sistema de Información en Salud que se interconecta con las diferentes áreas de un Hospital, Policentro, con la sede central del MINSA, centros de salud, para generar un expediente clínico único del paciente, de manera digital y electrónica, que puede ser consultado desde cualquier Unidad Ejecutora de MINSA y CSS, a nivel nacional.

El SEIS busca facilitar la disponibilidad de la información de todos los pacientes y simplificar los procesos internos, tanto médicos como administrativos, para brindar un mejor servicio.

Beneficios del expediente clínico electrónico para el paciente:

- El paciente contará con un expediente clínico electrónico ÚNICO, que podrá ser consultado en las instalaciones de salud donde esté implementado el sistema.
- El sistema facilitará el control y seguimiento de la condición de salud del paciente (controles de salud, morbilidad).
- Brindará al paciente una atención rápida, eficaz y eficiente mediante la implementación de una plataforma tecnológica de Salud.
- Permitirá gestionar desde los consultorios los tramites de órdenes de Radiología, Farmacia, Laboratorio u otros (Holder, 2016).

Beneficios del expediente clínico electrónico para el personal de salud:

- Acceso inmediato al expediente clínico de su paciente desde cualquier Instalación de Salud en donde esté implementado.
- La información estará sistematizada y disponible electrónicamente, para la toma de decisiones oportuna.
- Manejo de agendas y archivos de manera electrónica.
- Brindará mejor control y seguimiento de la condición de salud de cada paciente.
- Facilitará al profesional un mejor registro de sus actividades en su trabajo diario.

Diariamente, a través de una mesa de ayuda integrada por personal de Cable & Wireless, ubicada físicamente en la sede del MINSA, reciben los inconvenientes o errores enviado por cada usuario en los Centros y Policentros de Salud de esta manera dan mantenimiento a la plataforma, vía telefónica o vía correo electrónico. En caso de ausencia de energía tiene un periodo de 15 minutos, que le da su batería otorgada por el consorcio para apagar los equipos y seguir de manera manual, desde el momento que se registra la falla energética. La Dirección Nacional de Planificación de Salud es la instancia responsable del Sistema de Información y en conjunto con las otras Direcciones Nacionales involucradas, se ha conformado un equipo conductor nacional, que se reúne todos los lunes, para dar seguimiento a las debilidades y requerimientos técnicos del SEIS.

ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

Este tipo de estudio es de tipo descriptivo, en el cual se evaluó la percepción de los usuarios (internos y externos) del Centro de Salud de Río Abajo y el Policentro de Salud de Parque Lefevre, haciendo un conglomerado de estas percepciones, en cuanto a la implementación y el uso del expediente clínico electrónico en el 2016, utilizando la aplicación de una encuesta en donde se medía aptitudes y predisposiciones positivas o negativas de los usuarios del mismo, en los meses de enero a marzo del mismo año.

El análisis de los datos fue de tipo cuantitativo y en donde se utilizó el programa Excel, mediante el cual se obtuvieron tablas para organizar el contenido de los datos, dando como resultado la información básica que fue requerida para esta investigación.

Todos los usuarios del sistema, divididos en dos grupos que son el profesional de salud (usuario interno) y los pacientes (usuarios externos); que utilizan o son atendidos por medio del expediente clínico electrónico en el Centro de Salud de Río Abajo y el Policentro de Salud de Parque Lefevre. El universo de los pacientes sería de 5257 personas atendidas entre los meses de enero, febrero y marzo del 2016, en ambas instalaciones de salud. Y el universo para los funcionarios serían 17 funcionarios de las disciplinas de medicina general y de enfermería de ambas instalaciones de salud.

Los Médicos Generales y las Enfermeras como usuarios internos, que utilizan el expediente clínico electrónico y que laboran en el Centro de Salud de Río Abajo y Parque Lefevre siendo la misma de 17 funcionarios respectivamente; y los pacientes como usuarios externos comprendidos entre las edades de 20 años en adelante, que acudan a atenderse durante los meses de enero, febrero y marzo del 2016, en estas instituciones, encuestándose 300 pacientes, obteniendo un margen máximo de error del 5.5%, con un intervalo de confianza del 95%.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Fueron incluidos en este estudio el personal de salud que sea Médico General y Enfermeras que estén utilizando el expediente clínico electrónico cuando se realizó el estudio en el Centro de Salud de Río Abajo y el Policentro de Salud de Parque Lefevre y que también utilizaron el expediente físico.
- Pacientes que tengan la edad comprendida entre 20 años o más, y que se atiendan con los médicos y enfermeras que utilizan el expediente clínico electrónico.
- Pacientes que se atendieron aunque sea una vez (1) con el expediente físico y ahora se atienden con el expediente clínico electrónico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- El resto del personal de salud que no sea médico general o enfermera (o).
- Los médicos generales y enfermeras que no utilicen el expediente clínico electrónico.
- El resto de los pacientes que no estén dentro de los rangos de edad establecidos.
- El paciente que no quiera participar del estudio.
- Pacientes que nunca fueron atendidos por medio del expediente físico.
- El médico o enfermera que no quiera participar en el estudio.

RESULTADOS OBTENIDOS

- El 57% de los pacientes conocían sobre la implementación del expediente clínico electrónico en ambas instalaciones de salud.
- Un 67% de los pacientes manifestaron que la atención por medio de esta plataforma tecnológica es más rápida si se comparaba con la atención por medio de cartapacios o expediente físico.
- De acuerdo al derecho que gozan todos los pacientes respecto a su privacidad en cuanto a diagnóstico y tratamiento, el 74% de los pacientes manifestó que por medio de la atención con el expediente clínico electrónico se sigue preservando dicha confidencialidad.
- El 66% de los pacientes consideran que la implementación y utilización de esta nueva herramienta tecnológica reducirá los errores en el manejo de la información de salud de los mismos.

- En un 81% de los pacientes encuestados manifestaron que se sienten cómodos con la atención por medio del expediente clínico electrónico, y que el mismo tendrá un impacto positivo en el campo de la salud en Panamá.
- Con respecto a los resultados obtenidos por parte de los funcionarios de salud que utilizan esta plataforma tecnológica, el 65% manifestó que se sienten cómodos atendiendo por medio del expediente clínico electrónico, y lo consideran a su vez un sistema amigable en cuanto a su uso.
- El 88% de los funcionarios consideran que el expediente clínico electrónico facilita el intercambio de información respecto a la salud del paciente entre profesionales, principalmente por la legibilidad y disponibilidad de datos que genera el sistema.
- En un 65% de funcionarios manifestaron que el expediente clínico electrónico respeta y preserva el derecho de los pacientes en cuanto a privacidad de diagnóstico y tratamiento.

CONCLUSIONES

1. El paciente percibe que la mecánica de atención con el expediente clínico electrónico es más rápida, menor tiempo de espera, si se compara con la atención de forma manual o expediente físico, los cuales a su vez se sienten cómodos con la atención por medio del expediente clínico electrónico.
2. También se puede concluir que los pacientes de ambas instalaciones de salud consideran que con la implementación del expediente clínico electrónico, se han disminuido los errores en el manejo por parte del personal de salud, reflejándose en que no se presentan errores de traspapelado en cuanto a resultados e información de citas anteriores, los cuales eran más comunes con el expediente físico. Y que el mismo no es un agente distractor del personal médico o de enfermería para atención de los pacientes.
3. Los pacientes encuestados ven positivamente la atención con el expediente clínico electrónico, el cual mejora la atención que se les brinda por parte del personal médico y de enfermería, impactando positivamente en la calidad de atención, y en el campo de salud como tal.
4. Tanto los pacientes como los funcionarios manifiestan que el expediente clínico electrónico cumple con el derecho de seguridad en la privacidad de diagnóstico y tratamiento de los pacientes, manifestando dicha seguridad como buena por parte de los usuarios internos, los cuales a su vez se sienten cómodos con la utilización de esta nueva plataforma, y que la misma facilita el intercambio de información entre el personal de salud.
5. A pesar de las resistencias que se presentaron al inicio de la implementación de esta nueva tecnología de atención, los funcionarios están conscientes que todo cambio que implique avance y mejoras en el sector salud tiene un impacto positivo importante en el campo de la salud.

RECOMENDACIONES

1. De acuerdo a los resultados manifestados por los usuarios internos (funcionarios) del expediente clínico electrónico es necesario reforzar el proceso de capacitación que se le brinda a los mismos para que a su vez se pueda realizar más divulgación de los beneficios con que cuenta el expediente clínico electrónico.
2. Adaptar el sistema del expediente clínico electrónico al ritmo de vida que se lleva hoy día que va de la mano al aumento de la atención, proporcionando un sistema más inteligente que ahorre tiempo en la ejecución del mismo.
3. Contemplar la necesidad de tener personal de soporte técnico en las instalaciones que ayuden a resolver los problemas que día a día se presentan con el uso del expediente clínico electrónico o capacitar a un grupo de funcionarios que ayuden a solucionar los mismos en las instalaciones de salud.
4. Conformar un comité se encargue de la supervisión del uso y llenado correcto del expediente clínico electrónico en las instalaciones de salud.

NOTAS DE INTERÉS

A manera de aporte al presente estudio, resulta de vital importancia plasmar que la Dirección Nacional de Planificación de Salud del MINSA elaboró un Manual para los usuarios del software que se utiliza en el Primer Nivel de atención, allí los funcionarios pueden repasar todo lo que se les enseñó, siendo un manual muy amigable.

También existe el Manual para usuarios del software hospitalario, que va a salir en diciembre del 2017, y se va a trabajar en una Plataforma Virtual de capacitación en el Nodo Virtual de Salud Pública, para apoyar a los que requieren reforzar su proceso de capacitación.

Todas estas implementaciones se han ido realizando paulatinamente, y después que se realizara el presente estudio, siendo acciones positivas para resolver la solicitud de capacitaciones.

Adicional se ha elaborado en la Dirección Nacional de Planificación en Salud (DIPLAN) un Convenio entre el Director Regional y los Directores del Nivel Local (Centro y Policentro), en donde se traslada la responsabilidad de uso del SEIS a las Autoridades Regionales y Locales, para que den seguimiento al proceso. (Astudillo, 2017)

La instalación del expediente clínico electrónico en países como México, Reino Unido, España, Chile, Argentina entre otros, les llevó de 10 a 15 años para que fuese de manera total y eficiente. Esta gestión en Panamá lleva solo 3 años, hay mucho por hacer y mucho que aportar a la salud del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Frida, O. U. (2004). La escala de Likert mide actitudes o predisposiciones individuales en atención a constructos específicos, a través de ítems codificados.

Ministerio de Salud. (2016). Ministerio de Salud. Obtenido de Normas del Sistema de Información en Salud: www.minsa.gob.pa

Ministerio de Salud. (mayo de 2015). minsa.gob.pa. Obtenido de www.minsa.gob.pa/noticia/seis-inicia-expediente-electronico-en-rio-abajo

Fernández, G. P. (abril de 2009). CESCA EQUIPO. Obtenido de www.equipoCESCA.org/wp-content/uploads/2009/04/la-historia-clinica-electronica-en-atencion-primaria.pdf

Holder, D. A. (2016). Jefe de Planificación de la Región Metropolitana de Salud. IV Congreso de Salud Pública, (pág. 3). Panamá.

Astudillo, Dra. Norma. (30 de Noviembre de 2017). Jefa de Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

EFFECTIVIDAD DE DIFERENTES TÉCNICAS EDUCATIVAS ODONTOLÓGICAS EN EL CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA EN ESCOLARES



Carlos A. Ramos O.

Doctor en Cirugía Dental, República de Panamá
karlos_abdiel@hotmail.com



Mariano Ramírez

Doctor en Cirugía Dental
raam62@hotmail.com

Fecha de recepción: 21/11/2017

Fecha de revisión: 03/12/2017

Fecha de aceptación: 13/12/2017

RESUMEN

Esta investigación científica es un estudio descriptivo, experimental y transversal sobre la Efectividad de diferentes técnicas educativas odontológicas en el control de la Placa Bacteriana en escolares de 2º y 3º de la Escuela El Higo de San Carlos, ubicada en la República de Panamá, Provincia de Panamá Oeste, Distrito de San Carlos, corregimiento El Higo. El objetivo del estudio fue determinar la efectividad de diferentes técnicas educativas odontológicas en el control de la placa bacteriana en escolares de 2º y 3º. Se abordaron aspectos teóricos esenciales en la temática objeto de estudio. El estudio destaca entre sus resultados información sobre las técnicas educativas odontológicas empleadas y cuál es la mayor efectividad en el control de la placa dental, de utilidad para acudientes, estudiantes y el Ministerio de Salud de la República de Panamá.

Palabras claves: Odontología, Placa bacteriana, Salud dental, Técnicas odontológicas.

PERCEPTION OF THE PATIENTS AND OFFICERS ABOUT THE IMPLEMENTATION OF THE ELECTRONIC CLINICAL RECORD MINISTRY OF HEALTH OF PANAMA

ABSTRACT

This scientific research is a descriptive, experimental and cross-sectional study on the Effectiveness of Different Dental Educational Techniques in the Control of Bacterial Plaque in Schoolchildren of 2nd and 3rd Grade School of San Carlos, located in the Republic of Panama, Province of Panama West, District of San Carlos, El Higo. The objective of the study was to determine the effectiveness of different odontological educational techniques in the control of bacterial plaque in 2nd and 3rd grade school children. Theoretical aspects were addressed in the subject matter of the study. The study highlights among its results information on the dental educational techniques used and what is the most effective in the control of dental plaque, useful for caregivers, students and the Ministry of Health of the Republic of Panama.

Key words: Dentistry, bacterial plaque, dental health, dental techniques.

INTRODUCCIÓN

Después de rotar en diferentes centros de salud y tener la responsabilidad de llevar los diferentes programas curativos y preventivos de la Institución del MINSA como por ejemplo: el programa escolar, comunidades libres de caries y fluorización, hemos observado al comparar los expedientes clínicos de los escolares en años anteriores con el año en curso que la misma población estudiantil presentan iguales, o peores condiciones de salud bucal; como la gingivitis, caries, malocclusiones por pérdidas prematuras de dientes.

Nos preocupan las grandes inversiones del estado, en cuanto a la prevención, en la curación y rehabilitación de la población y al parecer no se logran obtener los resultados esperados, en cuanto a la reducción, incidencia y prevalencias de las enfermedades en la salud bucal.

Las enfermedades de la cavidad bucal son multifactoriales ya que dependen de varios factores tales como:

- Susceptibilidad Huésped
- La Saliva
- La Microbiota oral
- Dieta: Características de los alimentos, Frecuencia de consumo.
- Tiempo de exposición
- Hábitos de higiene oral.
- Factores genéticos, biológicos, conductuales, etc.

En este estudio nos concentraremos en el aspecto de la falta de conocimientos o conciencia de los padres en cuanto a la importancia los cuidados de la salud bucal de sus hijos, así como la falta de atención oportuna de las diferentes enfermedades de la cavidad bucal es la razón por la que no se logra reducir la presencia de dichas enfermedades

El sistema de salud que prevalece en la Región del MINSA del área de Panamá Oeste es de carácter público, para lograr la efectividad de un buen servicio de salud, este depende de varios factores como son: las vías de acceso que en ocasiones se encuentran en mal estado, efectividad del transporte público, el nivel económico de los moradores, nivel educativo, conocimiento de la población sobre los problemas bucales, grado de acciones preventivas por parte de los organismos encargados que ayuden a mejorar el estado de salud de los pacientes.

Justificamos este estudio en los hechos siguientes: No se ha realizado o publicado en Panamá y busca determinar la efectividad de diferentes técnicas educativas odontológicas para el control adecuado de la placa bacteriana en este grupo poblacional.

Las enfermedades de la salud bucal como la caries y enfermedad periodontal se presentan con gran frecuencia en la población. Según la OMS el 60% - 90% de los escolares padecen alguna enfermedad bucal. Además estas enfermedades tienen su origen por la placa bacteriana.

De lograrse los resultados esperados se podrá usar como base a próximos estudios relacionados al tema y dichas técnicas odontológicas educativas servirán para utilizarse en toda la población en general.

Además lo que se pretende lograr con ello es mejorar la salud oral de la población y disminuir a largo plazo las grandes inversiones económicas del estado y por los pacientes en el área curativa.

La placa bacteriana es vulnerable a las técnicas de cepillado oral adecuadas, a los auxiliares del cuidado de la salud oral y la atención oportuna por el profesional de la salud bucal.

Es viable la realización de este estudio porque puede reproducirse fácilmente y lograrse resultados satisfactorios en el control de la placa bacteriana y por ende de las enfermedades bucales.

Este estudio científico es de bajo costo su realización e implementación por los entes encargados en las políticas de salud oral. Les será muy económico y eficiente para el control de la placa dental.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Se consideran problemas de salud pública en el mundo los siguientes: caries dentales y las enfermedades periodontales, siendo las más frecuentes en la población y son enfermedades que se pueden evitar mediante medidas preventivas en el hogar y en el consultorio.

Uno de los objetivos primordiales de un programa de odontología consiste en ayudar al paciente a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud oral, por tanto, es necesario enseñar al paciente a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender como se producen y a controlarlos.

Actualmente, la OMS estima que 5,000 millones de personas de todo el mundo presentan caries y la mayoría de niños presentan gingivitis y son un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, especialmente las comunidades más pobres.

La OMS considera que los sistemas de salud oral deben estar orientados hacia los servicios de atención primaria de salud y de prevención.

Las enfermedades Orales 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).

Se ha llegado a la conclusión de que la placa bacteriana se adhiere tenazmente a la superficie dentaria en localización supra o subgingival. Cuando es supragingival, por lo general, conduce a la caries dental, pues está formada por elementos cariogénicos, especialmente estreptococos. Si es subgingival, conduce en primer término a la enfermedad gingival y luego a la enfermedad periodontal.

En los países en vía de desarrollo existe una tendencia creciente de problemas periodontales. Estudios realizados en el Valle del Cauca en 982 preescolares, con edad promedio de 4 años, se encontró un índice de placa bacteriana de 41,3%; 28% y el 31% presentaban gingivitis.

La evidencia empírica muestra que los padres son la influencia más fuerte en la vida de los niños y hay una asociación directa entre las prácticas personales de los padres y el comportamiento del niño. Los niños copian los hábitos de cepillado de sus padres y maestros. Desafortunadamente, poca investigación se ha llevado a cabo en el desarrollo del papel de los padres como educadores de la salud oral. Parece que las normas sociales de los padres con respecto a las conductas de higiene bucal de sus hijos no están bien establecidas.

Las escuelas han sido el lugar tradicional para educar a los niños acerca de la salud dental. Por lo tanto, algunos investigadores han tratado de fortalecer los programas escolares en los cuales participan los padres.

A menos que el individuo sea capaz de mantener un nivel razonable de limpieza oral del cuidado casero regular y consistente, los beneficios de cualquier tratamiento con profesionales de la salud oral dentales serán reducidos.

Las intervenciones educativas han variado considerablemente, desde el simple suministro de información a la utilización de programas complejos que implican estrategias de cambio psicológico y de comportamiento. Los objetivos de las intervenciones también han sido amplios, de modo que los conocimientos, actitudes, intenciones, creencias, comportamientos, el uso de servicios dentales y el estado de salud bucal, han sido objeto de cambio.

Estudios efectuados en las décadas de los ochenta y los noventa, llegaron a la conclusión que la educación de la salud dental puede resultar en mejoras en los comportamientos de salud dental y las medidas objetivas del estado de salud oral (reducción en la placa y en el sangrado gingival). No obstante, fue menos eficaz en el cambio de actitudes y conocimientos.

Estudios hechos por los escandinavos informan de la asociación significativa entre la higiene bucal y la caries dental, especialmente en las superficies dentales lisas. Estos hallazgos los llevó a fomentar programas de higiene, reconociendo que la habilidad y la perseverancia necesarias para mantener un nivel adecuado de higiene oral pueden exceder la capacidad promedio de los niños, por lo que fue necesario iniciar con programas de limpieza de los dientes supervisados. Estos esfuerzos se han documentado y demostraron un efecto significativo en la reducción de la gingivitis y la caries, en niños y adultos. Pocos de estos esfuerzos para prevenir tanto la caries como la gingivitis, se duplicaron en la literatura de otros países occidentales.

El Taller europeo sobre el control de placa dental mecánico, aprobó la siguiente declaración de la política en 1998: “Cuarenta años de investigación experimental, los ensayos clínicos y proyectos de demostración en diferentes entornos geográficos y sociales han confirmado que la eliminación efectiva de la placa dental es esencial para la salud dental y periodontal durante toda la vida.

LA PLACA BACTERIANA:

Es una película pegajosa e incolora, que permanentemente se está formando sobre las estructuras dentarias. Se inicia por grupo de colonias bacterianas la cual es una serie de microorganismos que facilitan la adhesión y ataque al diente. Las colonias son protegidas

por unas sustancias adhesivas proteicas segregadas por los mismos microorganismos.

Al no remover la Placa bacteriana, ésta se acumula y en poco más de 24 horas comienza a convertirse en cálculo dental y este solo puede ser removido mediante un procedimiento efectuado por el Odontólogo.

Se forma sobre los dientes en aquellos lugares donde no llega la acción limpiadora de los músculos bucales o el cepillo dental. Por ejemplo fisuras, surcos y áreas interdenciales y alrededor de obstrucciones defectuosas.

Produce inflamación e infección crónica de las encías y los tejidos alrededor del diente, conllevando a problemas periodontales como la gingivitis y periodontitis.

En la actualidad, la distribución y severidad de las enfermedades bucales varían de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento.

Un buen número de estudios socio epidemiológicos muestran el importante papel que tienen los factores socioculturales y ambientales en la salud oral.

Además de las malas condiciones de vida, los principales factores de riesgo guardan relación con el modo de vida (una dieta, nutrición e higiene bucodental deficientes) y con una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud oral.

FORMACIÓN DE LA PLACA

FORMACIÓN MICROSCÓPICAMENTE

- Microscópicamente se puede observar el siguiente proceso en la formación de la placa bacteriana sobre los dientes.
- Las células bacteriales sueltas se posan en una superficie, se organizan en racimos y se adhieren.
- Las células empiezan a producir una estructura viscosa; luego se señalizan unas a otras para multiplicarse y formar una microcolonia.
- La microcolonia estimula la coexistencia de diversas especies de bacterias y estados metabólicos.
- Algunas células regresan a su forma de vida independiente, posiblemente para formar nuevas colonia de placa.

MECANISMOS DE FORMACIÓN SEGÚN EL TIEMPO

El mecanismo de formación de la placa según el tiempo va desde que la persona se cepilla hasta que se forman las primeras colonias bacterianas sobre las superficies dentales.

- Dos horas después del cepillado se deposita una película orgánica sobre los dientes productos de la precipitación de glucoproteínas salivales como la mucina.
- Engrosamiento de la película por interacción de productos salivales y bacterianos.
- Instalación bacteriana, principalmente cocos que provienen del medio bucal los cuales se van depositando en pequeños grupos.
- Tres horas después del cepillado la superficie dental está completamente cubierta de material blando.
- Interacción entre la película y los microorganismos y formación de los productos adhesivos segregados por ellos.
- A las cinco horas del cepillado ya se han establecido colonias microbianas.
- A las 24 horas del cepillado los cocos se hallan en división celular y aparecen otras formas de bacterias.
- A las 48 horas la placa está firmemente establecida y cubierta por una masa de filamentos y bacilos.

CONSTITUYENTES DE LA PLACA BACTERIANA

Las principales sustancias y microorganismos presentes en la placa bacteriana son:

Sustancias:

- Glucoproteínas salivales.
- Productos extracelulares (glucanos) segregados por estos microorganismos.

Microorganismos:

- Streptococcus mutans, lactobacillus y Actinomices.
- Sustancias complejas derivadas del metabolismo bacteriano (mutanos, levanos, etc)
- Streptococcus del grupo mutans: son cocos Gram positivo, anaerobios facultativos. Las cepas cariogenicas son S.mutans, S.sanguis, S. salivarius y S.millieri.
- Lactobacilos: son bacterias baciliformes acidogenas y aciduricas.
- Actinomyces: son bacilos pleomorficos gram positivos que pueden ser anaerobios, microaerofilos y facultativos.

CONTROL DE PLACA DENTAL

Seda dental: Su objetivo es eliminar la placa bacteriana en las zonas interproximales, en donde el cepillo no penetra. Existe una amplia gama de hilos de seda:

- Con cera / Sin cera.
- Acintados / redondos.

- Rígidos / Blandos
- Con principios activos como flúor o clorhexidina y sustancias saborizantes.

Sin embargo, lo fundamental es que se extienda adecuadamente sobre las superficies proximales y alcance las pequeñas irregularidades en la superficie para una limpieza más eficaz. Un hilo de buena calidad debe estirarse en forma adecuada sin deshilacharse.

Cepillos interproximales: Pueden ser con un solo penacho o tipo espiral en alambre. Se aplican al espacio interproximal, desde vestibular, realizando una ligera rotación o movimientos de frotamiento. Cuando los espacios interproximales son mayores en pacientes con enfermedades periodontales.

Enjuagues bucales: Enjuagues dentales antimicrobianos (como la clorhexidina). Es una sustancia desinfectante de acción bactericida y fungicida.

Pertenece al grupo de las biguanidas y se utiliza ampliamente en odontología en concentraciones de 0,2%, 0,12% y 0,10 % en presentaciones para el uso como colutorio o enjuague bucal.

El efecto antimicrobiano es causado por disrupción de la membrana de la célula microbiana. Si bien esta molécula es de amplio espectro, tiene más efectividad sobre gérmenes gram positivos que para gram negativos.

Sustancias reveladoras: de placa dental (como la fucsina). Es un revelador de la placa bacteriana. Una innovadora fórmula que colorea de rojo la película transparente de bacterias que se forma alrededor de los dientes, para localizarla con mayor facilidad y favorecer, de este modo, su eliminación.

Está especialmente indicado para portadores de ortodoncia y niños. Es un producto muy efectivo que detecta la acumulación de placa oral y controla que se realice un correcto cepillado para evitar caries y enfermedades periodontales.

La gama está compuesta por unos comprimidos y por un revelador de placa líquido es una solución cómoda y práctica para garantizar una mejor higiene bucal.

LOS ÍNDICES

Son una medida estadística que permite estudiar las fluctuaciones o variaciones de una magnitud o de más de una en relación al tiempo o al espacio.

Nacen de la necesidad de conocer en profundidad la magnitud de un fenómeno y poder realizar comparaciones del mismo en distintos territorios o a lo largo del tiempo.

ÍNDICE DE O'LEARY

Este índice es utilizado para evaluar la higiene de las superficies lisas. Indica el porcentaje de superficies lisas teñidas (en color rosa y azul, si se usa doble tono) sobre el total de superficies dentarias presentes. El paciente debe realizar un buche con agua para eliminar el exceso de colorante.

Este índice se aplica en el momento inicial y a lo largo del tratamiento para determinar la capacidad de controlar la placa con el cepillado dental diario, antes y después de la enseñanza de la higiene bucal. Y se obtiene aplicando la siguiente fórmula.

$$\frac{\text{Cantidad de superficies teñidas}}{\text{Total de superficies presentes}} \times 100 =$$

Cada diente se considera constituido por cuatro superficies. El registro para determinar el índice de O'Leary se realiza marcando la superficie teñida sobre los odontogramas.

El índice de O'Leary es obligatorio en la primera consulta, dado que en él se fundamenta el principio de autocuidado por parte de nuestro paciente.

PARÁMETROS DE VALORACIÓN

CRITERIO	VALOR
ACEPTABLE	Menor a 20%
CUESTIONABLE	20.1%-30%
DEFICIENTE	30.1%-100%

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Este estudio odontológico epidemiológico se llevará a cabo en la República de Panamá, que consta con diez provincias y cinco Comarcas, una de esa Provincia es Panamá Oeste; esta a su vez posee 5 distritos: uno de ellos es el Distrito de San Carlos.

San Carlos tiene un total 18 920 habitantes y una Densidad 56,14 hab/km² además cuenta con 9 corregimientos que son : San Carlos (cabecera), El Espino, El Higo, Guayabito, La Ermita, La Laguna, Las Uvas, Los Llanitos, y San José.

El Higo de San Carlos Se encuentra en el Oeste de la Provincia y aproximadamente a 100 km de la Ciudad de Panamá. Tiene una superficie 44 km², La localidad tiene 2.710 habitantes según censo de la Contraloría General de la Republica del año 2010, su nombre se debe a la gran abundancia de árboles de higo que existían anteriormente en el área. Se independizó del corregimiento de La Ermita el 4 de diciembre de 1954.

Actualmente cuenta con una escuela primaria, un sub-centro de salud y varios proyectos ecológicos.

El estudio se llevará a cabo en la escuela de educación primaria el Higo de San Carlos, ubicada cerca de la vía principal y al frente del Sub-centro de salud.

La presente investigación es un diseño de campo de tipo descriptivo, experimental, transversal donde se comprobará la efectividad de las diferentes técnicas educativas Odontológicas preventivas propuestas en este estudio sobre el control de la placa bacteriana en este grupo específico de pacientes.

La escuela tiene una población escolar que va desde kínder hasta Sexto grado. Los estudiantes de primaria son 290 estudiantes que corresponde al universo de la investigación.

Se seleccionará una muestra de segundo y tercer grado dependiendo los que cumplan con los requisitos planteados en la sistematización de la investigación.

La muestra será seleccionada por conglomerado ya que los estudiantes están incluidos en los grupos de segundo y tercer grado de forma aleatoria.

Se escogerán 4 grupos (dos segundos, dos terceros) y empleando un sorteo aleatorio un grupo será excluido del estudio, ya que la investigación requiere solo tres grupos de estudio.

Realizando un nuevo sorteo cada salón será asignado al grupo de estudio correspondiente, es decir tener el grupo G1, G2, G3 catalogados como control y grupos experimentales.

Las actividades programadas en esta investigación se realizarán a todos los escolares y acudientes de los grupos de estudios.

Si existen excedentes o diferencias entre los grupos, para lograr la equiparación de los grupos en cuanto a la cantidad de estudiantes por salón; se equiparán usando un proceso aleatorio para nivelarlo al grupo que tenga menor cantidad de participantes.

HIPÓTESIS DE TRABAJO: si se orienta a los estudiantes y a sus acudientes en la prevención y control de la placa bacteriana será más efectivo el resultado disminuyendo la placa bacteriana.

HIPÓTESIS NULA: si no se orienta a los estudiantes y a sus acudientes en la prevención y control de la placa bacteriana será más efectivo el resultado disminuyendo la placa bacteriana.

Las variables de nuestro estudio se operacionalizaron de la siguiente manera:

1. SEXO: conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos. Se medirá con M= Masculino y F=Femenina.
2. EDAD: (o edad biológica) es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. En este estudio se medirá en años.
3. ORIENTACIÓN: conjunto de prácticas destinadas al esclarecimiento del problema. Se trata de un trabajo preventivo cuyo objetivo es proveer los elementos necesarios para posibilitar la mejor situación de elección para cada sujeto. Se medirá: SI recibe o NO recibe la orientación.
4. ACUDIENTE: Persona que sirve de tutor a uno o varios estudiantes. Se medirá SI participa en el estudio o NO participa.
5. INDICE: Cada diente se considera constituido por cuatro superficies. El registro para determinar el índice de O'Leary se realiza marcando la superficie teñida sobre los periodonto gramas, sumarlas y luego multiplicarlas por cien entre la cantidad de dientes presentes.

Los resultados se medirán así:

CRITERIO	VALOR
ACEPTABLE	Menor a 20%
CUESTIONABLE	20.1%-30%
DEFICIENTE	30.1%-100%

Para este estudio se utilizó como prueba estadística el porcentaje %.

PORCENTAJE: es un número asociado a una razón, que representa una cantidad dada como una fracción en 100 partes. También se le llama comúnmente tanto por ciento, donde por ciento significa «de cada cien unidades».

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

1. Sistematización de la investigación.

A. Se empleó un instrumento en el cual se registraron los datos de cada estudiante y el índice de O'Leary por semana de cada participante.

B. Para dicha investigación se escogieron aleatoriamente 65 estudiantes, TRES grupos de los Cuatros (dos segundo y dos tercero) empleando como método de selección sorteo aleatorio serán elegidos asignándoles los números G1, G2, G3.

C. Clasificando los grupos como: GRUPO 1(G1), GRUPO 2(G2), GRUPO 3(G3).

1. Grupo 1, fue el grupo control, entrega de kit de higiene oral.
2. Grupo 2: Charla sobre la técnica de cepillado a los estudiantes y entrega de kit de higiene oral.
3. Por último, el Grupo 3: Charla sobre la técnica de cepillado a los estudiantes, acudiente y entrega de kit de higiene oral.

D. Los alumnos se agruparon y cada alumno procedió a los siguientes pasos:

1. Registro de índice de O'Leary basal
2. Cepillado Habitual del estudiante.
3. Revelado de placa bacteriana con fuscina (grupos 1,2,3)
4. Recogida y fichado del índice de O'Leary (grupo 1,2,3)
5. Explicación de las técnicas de cepillado (grupo 2 y 3). Nota: solamente en la primera semana del estudio.
6. Orientación a los acudientes del grupo 3 de este estudio, sobre las técnicas de cepillado (Bass-Modificada). Nota: solamente se le explicará al acudiente la primera semana de estudio.
7. Remoción individual de placa bacteriana hasta alcanzar una remoción completa.
8. Los puntos 2, 3, 4, 7 se repetirá por cuatro semanas hasta completar un mes.
9. Serán excluidos del estudio:
 - (a) Los estudiantes que no traigan su consentimiento firmado por su acudiente a tiempo, es decir antes de iniciar el estudio.
 - (b) Los estudiantes que pierdan una sesión de clases los miércoles y que no se le pueda registrar el índice de O'Leary de la fecha correspondiente.
 - (c) Los estudiantes del grupo G3, que no asistan con sus acudientes a la charla.
10. Para igualar todos los grupos se tomarán G1, G2, G3 que menor cantidad de estudiantes tenga y que hayan cumplido con los requisitos de no exclusión.

B. Para colocar la fuscina: Se iniciará con decirles a los estudiantes que se cepillen con su técnica habitual, luego colocando fuscina a razón de (2-3 gotas) en la lengua del estudiante del estudio. Luego se le pide que los pase por todas las superficies dentales; después, que se enjuaguen la boca con agua y por último se procede a examinar y anotar en la cuadrícula los resultados de las superficies dentales pigmentadas. Se tomarán 4 superficies (mesial, distal, vestibular, lingual o palatino) por cada diente.

C. Se comparará el Índice de Higiene Oral basal, con el valor obtenido posterior al cepillado dental habitual cada semana. Este índice de higiene oral basal sólo se registrará la primera semana del estudio.

D. La segunda, tercera, y cuarta semana se medirá directamente el índice de higiene oral sin tomar previamente el índice basal de dichas semanas. Solo indicando la remoción Mecánica-Manual de la placa bacteriana con la técnica de cepillado utilizando la técnica de cepillado habitual del estudiante y gel dentífrico, luego se aplicará la Tinta reveladora de placa (Fucsina) y se registrará en la cuadrícula las áreas teñidas según el índice de O'Leary.

MATERIALES Y MÉTODO

Materiales: Espejos bucales, fucsina, luz natural, pasta y cepillo dental, bolígrafos, cuadrícula, agua, vasos desechables, servilletas, guantes, mascarillas, batas desechables.

GRUPOS	CANTIDAD DE ESTUDIANTES
Control	13
Charla sobre la técnica de cepillado a los estudiantes y entrega de kit de higiene oral	13
Charla sobre la técnica de cepillado a los estudiantes, acudiente y entrega de kit de higiene oral	13
3 GRUPOS	39

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

GRUPO G1

CUADRO N° 1.0: Índice de O'Leary del Grupo Tercero "B" (Grupo Control –G1)
Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	SEXO	O'LEARY BASAL (%)	PRIMERA SEMANA (%)	SEGUNDA SEMANA (%)	TERCERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	M	90	82	86	85	92
2	F	63	54	59	68	70
3	F	66	57	64	60	58
4	F	41	32	34	40	38
5	M	50	43	47	45	45
6	M	60	52	61	58	59
7	M	40	38	29	24	23
8	F	50	48	46	47	46
9	M	62	51	51	48	43
10	F	77	69	75	76	73
11	M	45	35	41	55	51
12	F	50	36	40	41	44
13	F	87	75	81	77	71
Total	13	781	672	714	724	713
Promedio	6/7	60.07	51.69	54.92	55.69	54.85
Redondeo del PROMEDIO		60	52	55	56	55

Características:

- Estudiantes del Grupo Tercero “B” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral.

ANÁLISIS: Se observó que hubo gran variabilidad en los resultados en el índice de O’Leary al comparar las diferentes semanas de estudio en el grupo control (G1) que solo se le entregó el kit de higiene oral.

CUADRO N° 1.1: INDICE de O’Leary del Grupo Tercero “B” (Grupo Control –G1)
Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	PRIMERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	82	92
2	54	70
3	57	58
4	32	38
5	43	45
6	52	59
7	38	23
8	48	46
9	51	43
10	69	73
11	35	51
12	36	44
13	75	71

Característica:

- Comparación del índice de O’Leary de la Primera semana vs la cuarta semana.
- Estudiantes del Grupo Tercero “B” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral

ANÁLISIS: Un total de nueve (09) estudiantes equivalentes al 69 % de los estudiantes demostraron un aumento del índice de O’Leary (mala técnica de cepillado) al comparar la primera semana con la cuarta semana de estudio.

Cuatro (04) estudiantes es decir el 31% demostraron una leve mejoría en el índice de O’Leary (mejora en la técnica de cepillado).

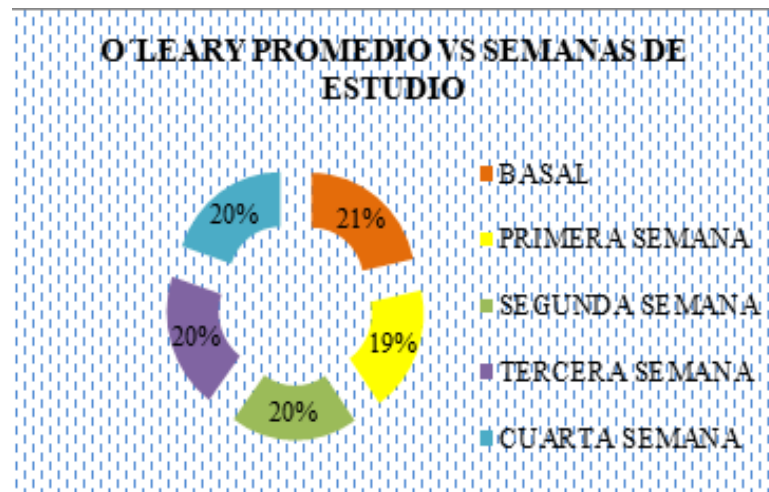
CUADRO N° 1.2: Promedio General del Índice de O’Leary del Grupo Tercero “B” (Grupo Control –G1) Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

Índice	O’LERY BASAL (%)	PRIMERA SEMANA (%)	SEGUNDA SEMANA (%)	TERCERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
Total	781	672	714	724	713
Cantidad de Estudiantes	13	13	13	13	13
Promedio	60.07	51.69	54.92	55.69	54.85
Redondeo del PROMEDIO	60	52	55	56	55

Característica:

- Promedio General del índice de O'Leary durante las semanas de estudios.
- Estudiantes del Grupo Tercero "B" Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral.

GRÁFICA: 1.2: Promedio general de los diferentes Índice de O'Leary durante las semanas de Estudio.



Características:

- Promedio General del índice de O'Leary durante las semanas de estudios.
- Estudiantes del Grupo Tercero "B" Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral.

ANÁLISIS: al realizar un promedio de todos los estudiantes según las diferentes semanas de estudio se observa un registro basal aumentado en comparación del índice basal con respecto al índice final.

A medida que pasaron las semanas de estudios hubo un aumento del 1% en comparación del registro de la primera semana vs la cuarta semana.

CUADRO N° 1.3: INDICE de O’Leary del Grupo Tercero “B” (Grupo Control –G1)
 Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	PRIMERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	82	92
2	54	70
3	57	58
4	32	38
5	43	45
6	52	59
7	38	23
8	48	46
9	51	43
10	69	73
11	35	51
12	36	44
13	75	71

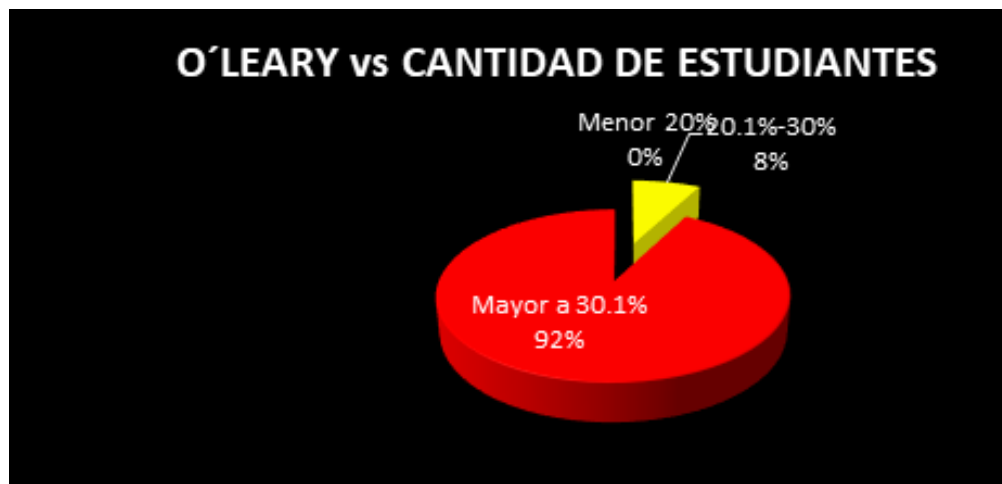
Características:

- Estudiantes que modificaron su índice de O’Leary de la Primera a la Cuarta semana de estudio.
- Estudiantes del Grupo Tercero “B” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral

CUADRO N° 1.3.1: Índice de O’Leary del Grupo Tercero “B” (Grupo Control –G1)
 Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ÍNDICE DE O’LEARY	INTERPRETACIÓN	CANTIDAD
Menor 20%	Aceptable	0
20.1%-30%	Cuestionable	1
Mayor a 30.1%	Deficiente	12

GRÁFICA: 1.3.1: Cantidad de estudiantes según parámetro de valoración del índice de O’Leary desde la primera semana en comparación a la cuarta semana de estudio.



Características:

- Estudiantes que modificaron su índice de O’Leary basal a la semana final del estudio.
- Estudiantes del Grupo Tercero “B” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral

ANÁLISIS: El 92% logro un índice de O’Leary deficiente. El 8% cuestionable y el 0% aceptable.

CUADRO N° 1.4: Índice de O’Leary del Grupo Tercero “B” (Grupo Control –G1)
Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	SEXO	PRIMERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	M	82	92
2	F	54	70
3	F	57	58
4	F	32	38
5	M	43	45
6	M	52	59
7	M	38	23
8	F	48	46
9	M	51	43
10	F	69	73
11	M	35	51
12	F	36	44
13	F	75	71

Características:

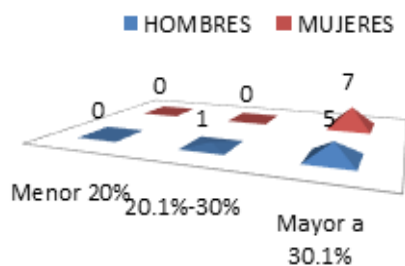
- Masculinos vs Femeninas que modificaron su índice de O'Leary.
- Estudiantes del Grupo Tercero "B" Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral.

CUADRO N° 1.4.1: Índice de O'Leary según sexo.

ÍNDICE DE O'LEARY	HOMBRES	MUJERES
Menor 20%	0	0
20.1%-30%	1	0
Mayor a 30.1%	5	7

GRÁFICA: 1.4.1: O'Leary según sexo del estudiante.

Índice de O'Leary vs sexo



Características:

- Masculinos vs Femeninas que modificaron su índice de O'Leary.
- Estudiantes del Grupo Tercero "B" Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral

ANÁLISIS: el 8% de los hombres lograron obtener un índice de O'Leary cuestionable, el 38% deficiente. Con respecto a las mujeres el 54% logro una técnica de cepillado deficiente y el 0% aceptable.

A pesar de estos resultados en este estudio el sexo no es determinante en relacionarlo en una mejora en la técnica de cepillado.

GRUPO G2

CUADRO N° 2.0: Índice de O’Leary del Grupo Segundo “B” (Grupo experimental –G2) Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	SEXO	O’LERY BASAL (%)	PRIMERA SEMANA (%)	SEGUNDA SEMANA (%)	TERCERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	M	83	73	81	67	72
2	F	76	70	62	59	62
3	F	100	90	82	75	76
4	F	59	43	50	56	53
5	M	69	56	58	57	55
6	M	73	60	57	58	60
7	F	80	62	58	56	53
8	M	35	27	28	25	26
9	M	32	23	24	24	22
10	M	59	49	51	50	51
11	M	76	67	64	59	56
12	F	100	89	82	77	75
13	M	79	68	62	59	54
Total	8/5	921	777	759	722	715
Promedio	6/7	70.85	59.77	58.38	55.54	55.00
Redondeo del PROMEDIO		71	60	58	56	55

Características:

- Estudiantes del Grupo Segundo “B” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo Experimental – G2 que recibió kit de higiene oral más charla educativa de higiene oral.

ANÁLISIS: Se observa que hubo en la gran mayoría una disminución sostenida con respecto a cada semana de estudio en cuanto al índice de O’Leary.

El 100% de los estudiantes lograron reducir su índice de O’Leary al comparar el índice Basal con el índice final.

CUADRO N° 2.1: Índice de O’Leary del Grupo Segundo “B” (Grupo experimental –G2) Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	PRIMERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	73	72
2	70	62
3	90	76
4	43	53
5	56	55
6	60	60
7	62	53
8	27	26
9	23	22
10	49	51
11	67	56
12	89	75
13	68	54
Total	777	715
Promedio	59.77	55.00
Redondeo del PROMEDIO	60	55

Características:

- Comparación del índice de O’Leary de la primera semana vs la cuarta semana.
- Estudiantes del Grupo Segundo “B” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo de estudio que recibió; Charla a los estudiantes y kit de higiene oral.

ANÁLISIS: un total de once (11) estudiantes es decir el 85% demostraron disminución en el índice de O’Leary al comparar la primera semana con la cuarta semana de estudio.

Un (01) estudiante es decir el 7.5 % presento un aumento en el índice de O’Leary. El otro 7.5 % de los estudiantes no presento aumento ni disminución en cuanto al índice al comparar el inicial con el final.

CUADRO N° 2.2: Índice de O’Leary del Grupo Segundo “B” (Grupo experimental –G2) Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

Índice	O’LERY BASAL (%)	PRIMERA SEMANA (%)	SEGUNDA SEMANA (%)	TERCERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
Total	921	777	759	722	715
Promedio	70.85	59.77	58.38	55.54	55.00
Redondeo del PROMEDIO	71	60	58	56	55

GRÁFICA: 2.2: Promedio general de los diferentes Índice de O’Leary durante las semanas de estudio.



Características:

- Promedio General del índice de O’Leary durante las semanas de estudios
- Estudiantes del Grupo Segundo “B” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo de estudio que recibió; Charla a los estudiantes y kit de higiene oral.

ANÁLISIS: al realizar un promedio de todos los estudiantes en relación a las diferentes semanas de estudio se observa un registro basal aumentado y a medida que pasaron las semanas de estudios hubo disminución en cuanto el índice de O’Leary en todas las semanas.

Hubo un 6% de disminución en el índice desde la primera a la última semana de estudio en el grupo de Segundo “B”.

CUADRO N° 2.3: Índice de O’Leary del Grupo Segundo “B” (Grupo experimental –G2) Escuela El Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	PRIMERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	73	72
2	70	62
3	90	76
4	43	53
5	56	55
6	60	60
7	62	53
8	27	26
9	23	22
10	49	51
11	67	56
12	89	75
13	68	54

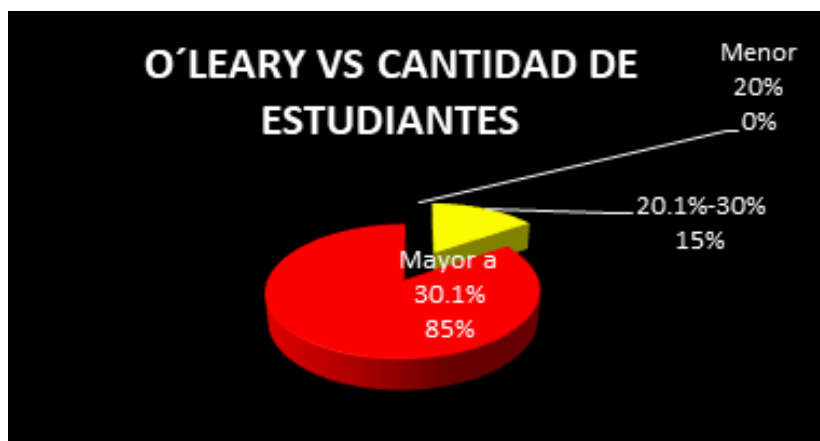
Características:

- Estudiantes Grupo Experimental G-2 que modificaron su índice de O’Leary de la Primera a la Cuarta semana de estudio.
- Estudiantes del Grupo Segundo “B” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo de estudio que recibió: Charla a los estudiantes y kit de higiene oral.

CUADRO N° 2.3.1: Estudiantes que modificaron su índice de O’Leary de la Primera a la Cuarta semana de estudio.

ÍNDICE DE O’LEARY	INTERPRETACIÓN	CANTIDAD
Menor 20%	Aceptable	0
20.1%-30%	Cuestionable	2
Mayor a 30.1%	Deficiente	11

GRÁFICA: 2.3.1: Cantidad de estudiantes según parámetro de valoración del índice de O'Leary desde la primera semana en comparación a la cuarta semana de estudio.



Características:

- Estudiantes que modificaron su índice de O'Leary de la Primera a la Cuarta semana de estudio.
- Estudiantes del Grupo Segundo "B" Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo de estudio que recibió; Charla a los estudiantes y kit de higiene oral.

ANÁLISIS: Once (11) estudiantes es decir el 85% logró un índice de O'Leary deficiente, dos (2) estudiantes el 15% cuestionable y el 0% aceptable

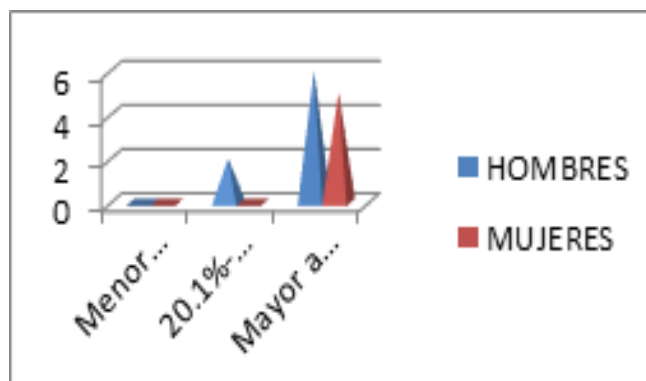
CUADRO N° 2.4: Índice de O'Leary del Grupo Segundo "B" (Grupo Experimental –G2) Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	SEXO	PRIMERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	M	73	72
2	F	70	62
3	F	90	76
4	F	43	53
5	M	56	55
6	M	60	60
7	F	62	53
8	M	27	26
9	M	23	22
10	M	49	51
11	M	67	56
12	F	89	75
13	M	68	54
Total	8/5	777	715
Promedio		59.77	55.00

Características:

- Técnica de cepillado según sexo del estudiante.
- Estudiantes del Grupo Segundo “B” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo de estudio que recibió; Charla a los estudiantes y kit de higiene oral.

SEXO VS TÉCNICA DE CEPILLADO



Características:

- Masculinos vs Femeninas que modificaron su índice de O’Leary.
- Estudiantes del Grupo Tercero “B” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo experimental – G2 que recibió: Charla a los estudiantes y kit de higiene oral.

ANÁLISIS: el 0% de los hombres lograron obtener una técnica de cepillado aceptable, el 15% cuestionable y el 46% deficiente. Con respecto a las mujeres el 39% logro una técnica de cepillado deficiente y el 0% aceptable.

A pesar de estos resultados no se puede atribuir un aumento o disminución del índice de O’Leary al sexo.

GRUPO G3

CUADRO N° 3.0: Índice de O’Leary del Grupo Tercero “A” (Grupo Experimental –G3) Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	SEXO	O’LERY BASAL (%)	PRIMERA SEMANA (%)	SEGUNDA SEMANA (%)	TERCERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	F	100	79	62	59	54
2	M	57	42	44	37	35
3	F	33	25	24	30	26
4	M	45	36	35	32	32
5	M	62	51	44	39	38
6	F	33	25	22	24	22
7	F	65	55	50	48	46
8	F	30	24	20	19	18
9	M	29	22	21	20	17
10	M	30	26	25	23	24
11	M	50	38	35	34	29
12	F	45	35	36	34	31
13	F	51	42	36	31	32
Total	6/7	630	500	454	430	404
Promedio		48.46	38.46	34.92	33.08	31.08
Redondeo del PROMEDIO		48	38	35	33	31

Características:

- Estudiantes del Grupo Tercero “A” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo experimental – G3 que recibió; Charla a los acudientes, Charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

ANÁLISIS: se observa que doce (12) de todos los estudiantes de este grupo es decir el 92% presento disminución en los resultados en el índice de O’Leary al comparar las diferentes semanas de estudio desde la primera a la final.

Uno (1) de los estudiantes es decir el 8% en el grupo experimental (G3) presento un leve aumento del índice al comparar primera semana con la última del estudio.

CUADRO N° 3.1: Índice de O’Leary del Grupo Tercero “A” (Grupo Experimental –G3)
Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	PRIMERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	79	54
2	42	35
3	25	26
4	36	32
5	51	38
6	25	22
7	55	46
8	24	18
9	22	17
10	26	24
11	38	29
12	35	31
13	42	32

Características:

- Comparación del índice de O’Leary de la Primera semana vs la cuarta semana.
- Estudiantes del Grupo Tercero “A” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo experimental – G3 que recibió; Charla a los acudientes, Charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

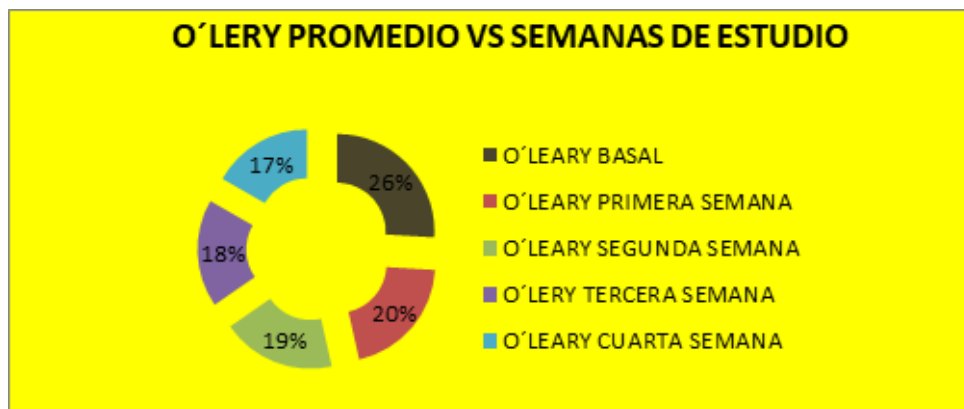
ANÁLISIS: se observa que doce (12) de todos los estudiantes de este grupo es decir el 92% presentó disminución en los resultados en el índice de O’Leary al comparar la primera semana de estudio con la última semana.

Uno (1) de los estudiantes es decir el 8% en el grupo experimental (G3) presento un leve aumento del índice al comparar primera semana con la última del estudio.

CUADRO N° 3.2: Índice de O’Leary del Grupo Tercero “A” (Grupo Experimental –G3)
Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

Índice	O’LERY BASAL (%)	PRIMERA SEMANA (%)	SEGUNDA SEMANA (%)	TERCERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
Total	630	500	454	430	404
Promedio	48.46	38.46	34.92	33.08	31.08
Redondeo del PROMEDIO	48	38	35	33	31

GRÁFICA: 3.2: Índice de O’Leary del Grupo Tercero “A” (Grupo Experimental –G3)
Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.



Características:

- Promedio General del índice de O’Leary durante las semanas de estudios.
- Estudiantes del Grupo Tercero “A” Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo experimental – G3 que recibió; Charla a los acudientes, Charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

ANÁLISIS: al realizar un promedio de todos los estudiantes en relación a las diferentes semanas de estudio se observa un registro basal aumentado y a medida que pasaron las semanas de estudios hubo una disminución sostenida en cuanto el índice de O’Leary en todas las semanas.

Se observa una disminución de 9% desde el índice basal al índice de O’Leary final.

CUADRO N° 3.3: Índice de O’Leary del Grupo Tercero “A” (Grupo Experimental –G3)
Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	PRIMERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	79	54
2	42	35
3	25	26
4	36	32
5	51	38
6	25	22
7	55	46
8	24	18
9	22	17
10	26	24
11	38	29
12	35	31
13	42	32

Características:

- Estudiantes que modificaron su índice de O'Leary de la Primera a la Cuarta semana de estudio.
- Estudiantes del Grupo Tercero "A" Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo experimental – G3 que recibió; Charla a los acudientes, Charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

CUADRO N° 3.4: Cantidad de estudiantes que modificaron los hábitos de higiene oral desde la primera semana a la cuarta semana.

ÍNDICE DE O'LEARY	INTERPRETACIÓN	CANTIDAD
Menor 20%	Aceptable	2
20.1%-30%	Cuestionable	4
Mayor a 30.1%	Deficiente	7

Características:

- Estudiantes que modificaron su índice de O'Leary de la Primera a la Cuarta semana de estudio.
- Estudiantes del Grupo Tercero "A" Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo experimental – G3 que recibió; Charla a los acudientes, Charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

ANÁLISIS: El 54% logro un índice de O'Leary Deficiente, el 31% cuestionable y el 15% aceptable.

CUADRO N° 3.5: Índice de O'Leary del Grupo Tercero "A" (Grupo Experimental –G3) Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

ESTUDIANTE	SEXO	PRIMERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	F	79	54
2	M	42	35
3	F	25	26
4	M	36	32
5	M	51	38
6	F	25	22
7	F	55	46
8	F	24	18
9	M	22	17
10	M	26	24
11	M	38	29
12	F	35	31
13	F	42	32
Total	6/7	500	404

Características:

- Masculinos vs Femeninas que modificaron su índice de O'Leary.
- Estudiantes del Grupo Tercero "A" Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo experimental – G3 que recibió; Charla a los acudientes, Charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

CUADRO N° 3.6: Índice de O'Leary del Grupo Tercero "A" (Grupo Experimental –G3) Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

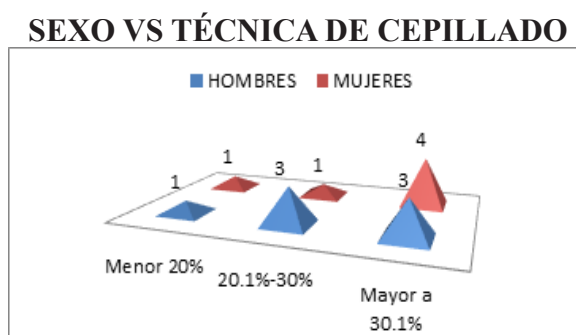
ESTUDIANTE	SEXO	PRIMERA SEMANA (%)	CUARTA SEMANA (%)
1	F	79	54
2	M	42	35
3	F	25	26
4	M	36	32
5	M	51	38
6	F	25	22
7	F	55	46
8	F	24	18
9	M	22	17
10	M	26	24
11	M	38	29
12	F	35	31
13	F	42	32

Características:

- Masculinos vs Femeninas que modificaron su índice de O'Leary.
- Estudiantes del Grupo Tercero "A" Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo experimental – G3 que recibió; Charla a los acudientes, Charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

CUADRON N° 3.6.1: Cantidad de estudiantes Masculinos vs Femeninas que modificaron los hábitos de higiene oral desde la primera semana a la cuarta semana.

GRÁFICA: 3.3: Técnica de cepillado según sexo del estudiante.



Características:

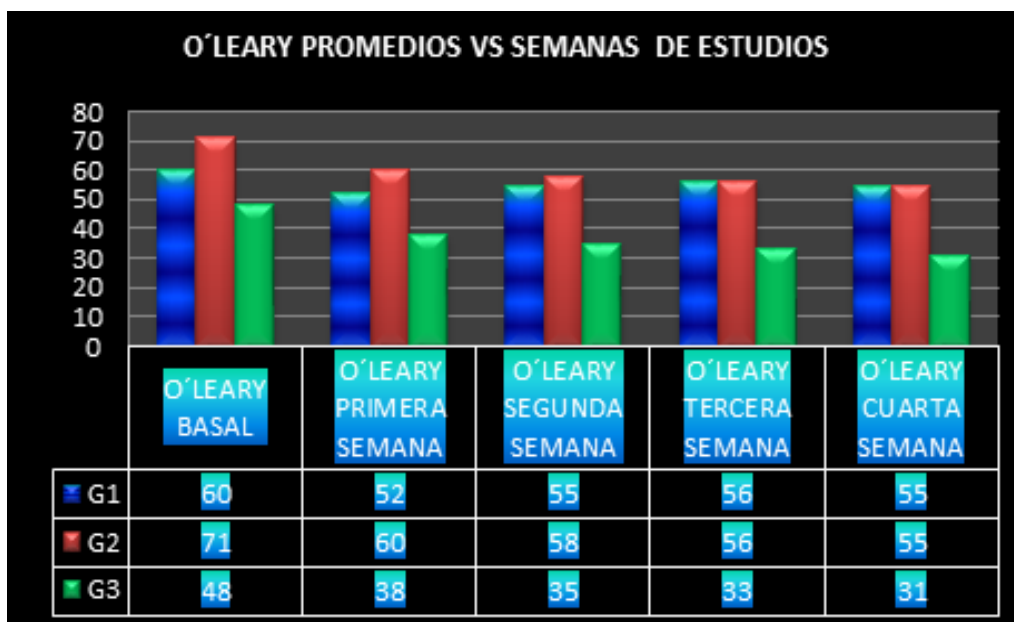
- Masculinos vs Femeninas que modificaron su índice de O'Leary.
- Estudiantes del Grupo Tercero "A" Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo experimental – G3 que recibió; Charla a los acudientes, Charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

ANÁLISIS: el 08% de los hombres lograron obtener un índice de O'Leary aceptable, el 23% cuestionable y el 23% deficiente. En cambio a las mujeres el 8% logro un índice de O'Leary aceptable, 8% cuestionable y el 31% deficiente.

Aunque estos resultados no son concluyentes para indicar que un determinado sexo tiene una mejor reducción o un mayor aumento con respecto al índice de O'Leary.

A MANERA DE RESUMEN

GRÁFICA: 4.0: Índices de O'Leary promedios del Grupos G1, G2 y G3
Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.

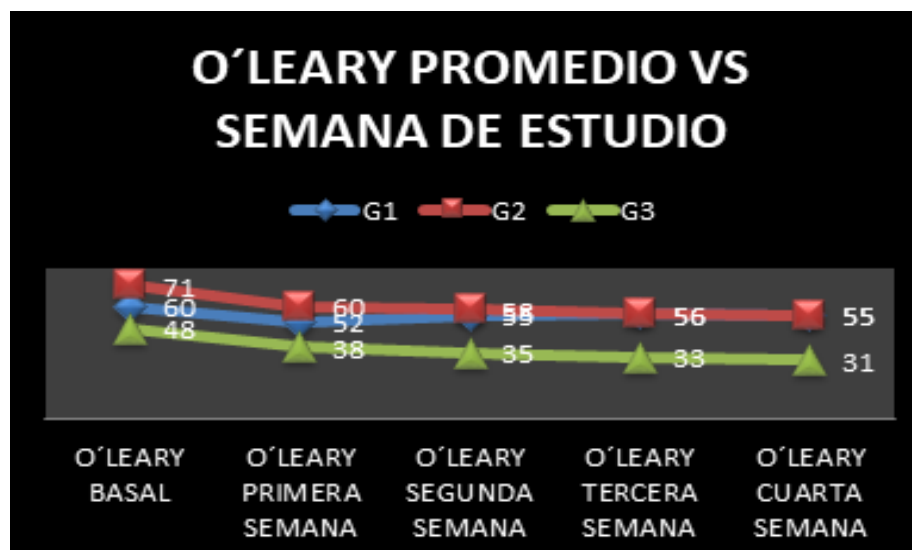


Características:

- O'Leary Promedio de los grupos en las diferentes semanas de estudio.
- Estudiantes de los Grupos: Segundo "B", Tercero "A y B", Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral.
- Grupo de estudio (G2) que recibió; Charla a los estudiantes y kit de higiene oral.
- Grupo experimental – G3 que recibió; Charla a los acudientes, Charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

ANÁLISIS: el grupo G3 obtuvo una mayor reducción del índice de O'Leary en todas las semanas de estudio.

GRÁFICA: 4.0: Índices de O’Leary promedios del Grupos G1, G2 y G3
Escuela el Higo de San Carlos - Mayo del 2016.



Características:

- O’Leary Promedio de los grupos en las diferentes semanas de estudio.
- Estudiantes de los Grupos: Segundo “B”, Tercero “A y B”, Escuela el Higo de San Carlos.
- Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral.
- Grupo de estudio (G2) que recibió; Charla a los estudiantes y kit de higiene oral.
- Grupo experimental – G3 que recibió; Charla a los acudientes, Charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

ANÁLISIS: el grupo G3 mayor reducción en el índice de O’Leary. El G2 al igual que al grupo G1 al finalizar el estudio obtuvieron igual reducción en cuanto al índice. Aunque el G2 presento mayor mejoría desde 71% a 55% (16% menos). En comparación de G1 de 60% a 55% (5% menos).

CONCLUSIONES

En esta investigación científica es un estudio descriptivo, experimental y transversal sobre la “Efectividad de diferentes técnicas educativas odontológicas en el control de la Placa Bacteriana en Escolares de 2º y 3º de la Escuela El Higo de San Carlos durante el mes de Mayo del 2016”

Con respecto al Grupo Control Tercero “B” G1: Grupo control - G1 que recibió kit de higiene oral.

1. Se observa que al motivar al estudiante con algún equipo de higiene oral y la presencia del profesional de la salud bucal se logra reducir el índice de O’Leary basal pero este índice no es sostenible en el tiempo.
2. El sexo no influye en el aumento o disminución del índice de O’Leary.

Grupo de Experimental Segundo “B” (G2) que recibió: Charla a los estudiantes y kit de higiene oral.

1. Se observa que al motivar al estudiante con algún equipo de higiene oral, más charla del cuidado de la salud oral y técnica de cepillado además de la presencia del profesional de la salud bucal; se logra reducir el índice de O’Leary basal y este índice es sostenible en el tiempo desde la primera semana hasta la última semana en un 84 % de los casos, mientras que un 16 % no lo logra mantener en el tiempo.
2. El sexo no influye en el aumento o disminución del índice de O’Leary.
3. Al sacar un promedio de todos los índices de todos los estudiantes se logra reducir un 6% del índice de O’Leary basal al final.
4. Ningún estudiante logro llegar a un índice de O’Leary aceptable aunque la gran mayoría logro reducir su índice basal.

Grupo Experimental Tercero “A” (G3) que recibió; charla a los acudientes, charla a los estudiantes, y kit de higiene oral.

1. Se observa que al motivar al estudiante con algún equipo de higiene oral, más charla del cuidado de la salud oral , técnica de cepillado , la presencia del profesional de la salud bucal y la asistencia del acudiente para motivarle sobre la importancia de cuidarle la salud bucal de su hijo y el rol que Él o Ella desempeña en el hogar es suficiente para logra reducir el índice de O’Leary basal y este índice es sostenible en el tiempo desde la primera semana hasta la última semana de estudio en un 100 % de los casos.
2. El sexo no influye en el aumento o disminución del índice de O’Leary.
3. Al sacar un promedio de todos los índices de todos los estudiantes se logra reducir un 9% del índice de O’Leary basal al final.
4. El 54% logro un índice de O’Leary Deficiente, el 31% cuestionable y el 15% aceptable.
5. El acudiente es parte fundamental en este proceso de educación en técnicas educativas para el cuidado de la salud bucal para la motivación de sus acudidos y así lograr reducir el índice de O’Leary y por ende lograr una mejorar higiene oral.

• Luego de realizar un análisis exhaustivo de dichos resultados podemos llegar a la conclusión que tanto el MINSA con su equipo de salud Bucal, el MEDUCA con sus Educadores y Los Acudientes todos jugamos un rol fundamental en cuanto lograr una mejor salud bucal en nuestros estudiantes.

• Los padres juegan el rol primordial en seguir brindando en casa las orientaciones necesarias y poner en práctica lo que el profesional de la salud bucal le diga en las charlas preventivas de las enfermedades bucales.

En este estudio se logró comprobar la hipótesis de trabajo, la cual se planteaba que si se orienta a los estudiantes y a sus acudientes en la prevención y control de la placa bacteriana; será más efectivo los resultados disminuyendo la placa bacteriana.

RECOMENDACIONES

Los programas que tenemos en el MINSA de prevención Odontológica son buenos ya que en definitiva si no estuviera los mismos el problema sería mayor en caries, problemas periodontales y pérdida de piezas prematuramente. Estos programas se pueden mejorar. Teniendo en cuenta que la higiene bucal es la primera barrera que tenemos en contra de los problemas bucales.

Podemos recomendar:

1. Realizar un nuevo estudio con una población mayor de estudiantes, teniendo como base este estudio.
2. Realizar una revisión del programa de salud bucal en escolares que actualmente lleva el MINSA.
3. Proponer nuevas normas de orientación de salud bucal en la población estudiantil.
4. Integrar al MINSA y a los centros educativos a través de medios tecnológicos para que por lo menos cada vez que las escuelas tengan reuniones con los acudientes para entrega de calificaciones a los estudiantes el MINSA brinde orientación a los acudientes sobre la importancia del cuidado de la salud oral de sus acudidos.
5. El MINSA con su equipo de salud bucal deberá implementar un programa cada tres meses, visitar a las escuelas, hacerle un examen y control de placa bacteriana.
6. El tema de salud bucal deberá ser manejado desde cuatro ángulos: MINSA, MEDUCA, Acudientes y Estudiantes.
7. Para una mayor efectividad y cumplimiento de los programas de salud que lleva el MINSA a los niños en edad escolar deberán implementarse una especie de evaluación y corroboración de los datos emitidos a la región (auditoria de campo) de todas las escuelas que están bajo su responsabilidad.
8. El MINSA deberá proponerle la idea al MEDUCA, a los directores de escuelas y a los club de padres de familia de todos los centros educativos que están bajo su responsabilidad dependiendo de las condiciones funcionales de cada Región de Salud la “obligatoriedad” de los estudiantes entregar un certificado de buena salud bucal al inicio de cada año lectivo a cada centro educativo como requisito para obtener los beneficios estatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS:

1. Periodontología clínica, Autores: Michael G. Newman, TAKEI, CARRANZA y col. 9 edición, Mc Graw-Hill, México, 2007.
2. Periodontología clínica e Implantología Odontológica, Autores: Jan Lindhe y col., Médica Manamericana, México, 2009.
3. Comprendio de periodoncia, autores: Norma G. Sznajder y col. Médica Panamericana, 1996.

INFOGRAFÍAS:

1. http://www.radiodent.cl/periodoncia/etiologia_de_la_placa_bacteriana.pdf
2. <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/375/1/Creencias%20sobre%20caries%20e%20higiene%20oral.pdf>
3. <http://yadental.com/spanish/periodontal.htm>
4. <http://noticias24panama.com/actualidad/noticia/10797/la-oms-realiza-consulta-sobre-el-consumo-de-azucres-en-panama>
5. <http://www.odontomarketing.com/articulos/art39.htm>
6. <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v10n4/puesta3.pdf>
7. <https://odontored.wordpress.com/2011/08/13/placa-subgingival-y-supragingival/>
8. GOOGLE.COM
9. Wikipedia.com

EXCLUSIÓN SOCIAL DE LOS ENFERMOS MENTALES



Amairani Abimelec Acevedo Castillo
Estudiante de Licenciatura en Enfermería
Universidad de Panamá
irani19ama@gmail.com

Fecha de recepción: 07/10/2017

Fecha de revisión: 25/11/2017

Fecha de aceptación: 01/12/2017

RESUMEN

Las personas con enfermedad mental cada día se enfrentan a un sufrimiento que es causado por su padecimiento mental, luchan con las continuas limitaciones que están derivadas de la enfermedad, además que en la actualidad se ha manifestado y notado en muchas de las acciones el desconocimiento de la sociedad sobre la realidad de un enfermo mental y las circunstancias en las que se ven envuelto cada día. No es fácil de afrontar la exclusión social que se recibe por los demás, muchas veces puede determinar y amplificar la integración social de estas personas. Las actitudes sociales practicadas de una forma negativa suelen conllevar a una exclusión de las pueden producir una imagen social marginada que afecta el bienestar, adaptación y participación social, levantando de forma adicional barreras que darán un aumento en el aislamiento y marginación de cada una de estas personas.

Palabras clave: Enfermedad mental, sociedad, exclusión social, integración social, actitudes sociales.

SOCIAL EXCLUSION OF THE MENTAL ILLNESS

ABSTRACT

People with mental illness every day face a suffering that is caused by their mental illness, they struggle with the continuous limitations that are derived from the disease, besides that nowadays, in many of the actions has been manifested and noticed the ignorance of the society about the reality of a mental patient and the circumstances in which they are involved every day. It is not easy to face the social exclusion that is received by others, it can often determine and amplify the social integration of these people. Social attitudes practiced in a negative way tend to lead to the exclusion of those that can produce a marginalized social image that affects welfare, adaptation and social participation, raising additional barriers that will increase the isolation and marginalization of each of these people.

Keywords: Mental illness, society, social exclusion, social integration, social attitudes.

Las personas con enfermedad mental cada día se enfrentan a un sufrimiento que es causado por su padecimiento mental, luchan con las continuas limitaciones que están derivadas de la enfermedad, además que en la actualidad se ha manifestado y notado en muchas de las acciones el desconocimiento de la sociedad sobre la realidad de un enfermo mental y las circunstancias en las que se ven envuelto cada día. No es fácil de afrontar la exclusión social que se recibe por los demás, muchas veces puede determinar y amplificar la integración social de estas personas.

Las actitudes sociales practicadas de una forma negativa suelen conllevar a una exclusión de las pueden producir una imagen social marginada que afecta el bienestar, adaptación y participación social, levantando de forma adicional barreras que darán un aumento en el aislamiento y marginación de cada una de estas personas.

Tal como menciona el Libro Verde de Salud Mental en Europa (2005) “Estas personas se topan con el miedo y prejuicio de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que es una enfermedad mental” (4). Esto en realidad lo que causa es el aumento del sufrimiento personal, lo cual les impide el acceso a un empleo o vivienda, cosas que pudieren mejorar el estilo de vida de ellos, pero muchos de ellos no suelen buscar ayuda por el miedo a la forma que pueden reaccionar los demás.

Tendríamos hablar de la importancia que se dé una oferta de integración social dentro de la atención integral a las personas con enfermedad mental, el cubrir con las necesidades de integración y apoyo, simultáneamente a ellas acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas por las cuales se da un continua persistencia de hacer a un lado a las personas con enfermedad mental dentro de una sociedad.

Los efectos de los trastornos mentales pueden dominar la vida de una persona. Pueden afectar su habilidad de interactuar con otros, de llevar a cabo tareas y de pensar con claridad. Una vez que el problema de salud mental se manifiesta puede haber un impacto negativo en el trabajo, en los ingresos, en adquirir una vivienda digna, en tener acceso a servicios sociales y en formar parte de una red social. Al verse apartadas de muchas necesidades básicas de la vida, las personas con enfermedad mental se enfrentan a una situación social y económica precaria, al aislamiento que suele afectar de forma drástica la calidad de vida de cada uno de ellos.

Determinadas formas de enfermedad mental pueden producir apatía, falta de interés y motivación, así como una reticencia a involucrarse con otros. La exclusión de las personas con enfermedad mental frecuentemente se traduce en la sociedad en un distanciamiento de las relaciones con dichas personas, con reticencia a trabajar junto a personas con enfermedad mental, casarse o tenerles como amigos, lo que les supone segregación y aislamiento social, el cual es un aspecto que tendríamos que ver del otro lado de la moneda, cuando las personas

supuestamente normales no brindan el apoyo y dan esa integración a aquellas personas que por una u otra razón sufren y tienen el derecho a recibir la asistencia de esta sociedad creciente, contando con la integración de la familia, comunidad, servicios de salud los cuales están para brindar un apoyo al mantenimiento de ellos controlando su salud y bienestar.

Enfrentados a los prejuicios sociales, las personas con enfermedad mental, en muchos casos, se han visto a sí mismas como inferiores. La gran mayoría ha aceptado la imagen que los demás tienen de ellos, creándose sobre sí mismos una imagen desastrosa, lo que aumenta su aislamiento y falta de motivación para alcanzar sus objetivos limitando la recepción del apoyo que escasamente se brinda.

Se puede mencionar a los medios de comunicación, suelen dar una influencia extra negativa en la actitud de la gente hacia la enfermedad mental. Contribuyen a incrementar prejuicios en la opinión pública, a través de titulares y noticias y magnificando los pocos casos en los que un ciudadano ha sido agredido por una persona con problemas de salud mental. Así lo confirma el estudio *Estigma y enfermedad mental*, realizado por un grupo de trabajo de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y publicado en 2006, donde se indica que “un alto porcentaje de unidades informativas que trataban acerca de actos violentos y crímenes aludían a la presencia o ausencia de problemas mentales en la persona que los cometía”. “Los estereotipos de peligrosidad e impredecibilidad eran más frecuentes en las unidades informativas procedentes de la televisión, aun cuando en este medio era marcada la escasez de noticias que trataban el tema”, concluía el estudio. (6)

Los problemas de violencia o crímenes suelen asociarlo, a algún padecimiento sobre salud mental, haciendo un gran pensamiento sobre que puede ser causa y consecuencia de exclusión social de los enfermos mentales. El estigma y la auto-estigmatización están entre los factores clave que contribuyen a la exclusión social de las personas que tienen problemas de salud mental. El vínculo entre enfermo mental y exclusión social se hace evidente a través de factores sociales que dan desventaja y limitación de beneficios propios, marcado por cada una de las críticas de la población.

El concepto de estigma es fundamental para comprender las experiencias de exclusión social de las personas con problemas de salud mental. El estigma generalmente se refiere a cualquier característica, rasgo o trastorno que etiquete a una persona como diferente respecto a una “normal”, provocando una intolerancia o incluso un castigo hacia ella por parte de la comunidad.

Las investigaciones relacionadas con la estigmatización hacia las personas con enfermedad mental globalmente evidencian que, en la mayoría de los países, estas personas no son consideradas tan válidas como las demás personas, desvalorizando en un todo a estas personas.

La exclusión social es un problema multidimensional, y los diferentes aspectos que la componen, si no son superados, en la mayoría de los casos pueden provocar un empeoramiento de la enfermedad o también dificultar la recuperación de los pacientes que en ocasiones lo que más se necesita o les brindaría un mayor soporte sería no encontrar además de su enfermedad que lo excluyan de una sociedad, donde podría que se encontrara un mayor apoyo para el mejoramiento personal.

La integración social es la gran asignatura pendiente para las personas que sufren trastornos mentales severos, denominación que engloba diagnósticos no siempre de fronteras precisas, como son las psicosis estabilizadas en general, la esquizofrenia paranoide, los trastornos bipolares y esquizoafectivos y los trastornos límites de personalidad. Se considera, según cifras de la OMS, que el 1% de la población mundial padece enfermedades psíquicas, porcentaje que está en crecimiento en todo el planeta. Estas patologías son muy a menudo crónicas o cíclicas. Provocan un gran sufrimiento en fases agudas. Su tratamiento médico ha logrado la compensación, pero graves carencias sociales y, sobre todo, la intolerancia dan lugar a un fenómeno general de exclusión. (3)

No hay nada peor que la línea plana emocional cuando te sientes muerto en vida. Necesitamos buscar ilusiones, trabajar, estar ocupados, sentirnos personas”. Así definía su situación uno de los propios afectados recientemente en Barcelona durante la celebración del 20º aniversario de la Asociación Joia, formada por profesionales de la salud mental. Dolors, también afectada por un trastorno mental, definía así su sentimiento de exclusión: “Es verdad que nos automarginamos y que necesitamos ayuda para romper las barreras. Que la gente deje de vernos como algo extraño y potencialmente peligroso”. Las mismas personas dentro de sus estados de lucidez los dicen claramente, su necesidad está sin satisfacer, podría ser que se le esté ofreciendo ayuda médica, pero se encuentra en una carencia enorme de una integración social, la que cada vez es más lenta y discriminatoria.

Las teorías contra la exclusión parten de la idea de combatir, primero, el mito de la incapacidad y desenmascarar así la estigmatización como un atentado contra derechos fundamentales. Así lo asegura Gloria Wilhelmi, asesora de programas de igualdad de oportunidades del Área de Promoción Económica de la Diputación de Barcelona. Su tarea se orienta a dar soporte, a través de múltiples iniciativas, a los afectados por trastornos mentales severos, tanto en centros de trabajo especiales como en el mercado ordinario, para conseguir la inserción real de la persona.

Enrique Arqués, psicólogo y director de la Asociación Joia, cree que el auténtico reto es la generalización de los servicios de integración en la comunidad y la conquista de la ciudadanía. “Aunque se supere el delirio, la calidad de vida de la persona en su casa y excluida es bajísima. El remedio no puede ser peor que la enfermedad. El sufrimiento mental existe, pero a veces puede ser peor la persona medicada pero sin rol”. El mismo empeño y

la conquista de la ciudadanía. “Aunque se supere el delirio, la calidad de vida de la persona en su casa y excluida es bajísima. El remedio no puede ser peor que la enfermedad. El sufrimiento mental existe, pero a veces puede ser peor la persona medicada pero sin rol”. El mismo empeño y la consolidación de un buen equipo de formadores laborales y la búsqueda de la continuidad en el trabajo es la clave del éxito, según explica Miquel Isanta, gerente del centro especial de trabajo El Mollí d'en Puigvert.

Las personas con trastornos mentales se encuentran entre los grupos más marginados en los países en desarrollo. No sólo son excluidos por otros ciudadanos sino que además quedan fuera de las políticas de desarrollo y reducción de la pobreza, según ha denunciado la Organización Mundial de la Salud (OMS). (3)

En un informe divulgado en la sede de la ONU, esta agencia afirma que entre el 75% y el 85% de las personas con desórdenes mentales y discapacidades intelectuales carecen de acceso a tratamientos adecuados a sus condiciones y tampoco tienen opciones de acceder a oportunidades educativas y laborales para desarrollar su potencial como seres humanos. En los países menos desarrollados, la tasa de desempleo de las personas que padecen enfermedades mentales alcanza el 90%, indica el documento. (3) Siendo muy clara la evidencia estadística de la exclusión que deben sufrir estas personas, desde puede ser una persona del entorno hasta que las mismas autoridades de los distintos países permiten o no se da la inclusión adecuada a cada uno de ellos evitando de una manera tan simple que puedan ser parte de un entorno social, si tuvieran acceso podrían contar con un desarrollo más saludable como persona que los dejarían ser partes activa de la sociedades actuales en las que se vive, aportando y recibiendo su apoyo.

“Los que trabajan en materia de desarrollo deben prestar una mayor atención para poder revertir esta realidad”, ha expresado el director general adjunto para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS, Ala Alwan. En su opinión, la falta de visibilidad, voz y poder de las personas con discapacidades intelectuales y mentales obliga a realizar un esfuerzo mayor para hacerles llegar ayuda e involucrarlos en los programas de desarrollo.

La ayuda se puede brindar teniendo una mirada más consiente a cada una de las necesidades que pudiera tener las personas con enfermedades mentales, pero también es cierto que nos obliga su incapacidad para tomar una decisión correcta, la atribución de su situación social a nuestra responsabilidad, como personas que deben preocuparse por el bienestar de cada uno de ellos ya que somos los capacitados para elegir de forma oportuna cada una de las contribuciones que se les podría hacer.

Un reto enorme, Dado que una de cada cuatro personas en el mundo padecen algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, la agencia de Naciones Unidas reconoce que “el reto es enorme”. Asimismo, el informe resalta que este tipo de enfermedades son responsables del

8,8% y el 16,6% de las dolencias en los países de ingresos bajos y medios, respectivamente.

La OMS reclama en el documento que las políticas de desarrollo tengan en cuenta la particular vulnerabilidad de los enfermos mentales y los discapacitados intelectuales, así como que se destinen mayores recursos en los programas de asistencia médica a este tipo de dolencias. También recomienda que programas que proporcionan empleo, educación y otros servicios incluya a personas con estas discapacidades, entre otras cosas.

Un cambio en el paradigma, que incluye una desintucionalización de los servicios de salud mental y presentación de los servicios en la atención primaria, que estén acorde con las necesidades de los pacientes y de los familiares pueden dar una gran aporte para evitar la exclusión social. Ya que los grandes hospitales psiquiátricos o manicomios contribuyen enormemente exclusión, ayudan a que crezca esa idea que los enfermos mentales o que tienen algún padecimiento deben estar dentro de un hospital amarrados, pero si ayudamos a que cambiemos esa desinformación, empezando desde la familia y damos paso hacia la salida en la comunidad, siempre dando hincapié que valle unido a la formación de paciente y familiares sobre las diversas estrategias de participación activa y capacitación, se les estaría ofreciendo una mejor calidad de vida a estas personas que cada día lo piden a gritos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calafat, E. (2002-2006). From Exclusion to Inclusion-The Way forthwith to promotion social inclusion of people with mental health problems in Europe, Editado en 2008 Mental Health Europe. [Archivo PDF]. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Delaexclusionalainclusion.pdf>
2. Córdoba, A. M., (2007). Discapacidad y Exclusión Social en Panamá: Entre instituciones y legislaciones el individuo excluido. Voces Nuevas. [Archivo PDF].
3. La OMS denuncia la exclusión de los enfermos mentales. (17 de Septiembre del 2010). El Mundo en ORBYT. Recuperado <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/09/17/neurociencia/1284736383.html>
4. Libro Verde de Salud Mental en Europa (2005), Comisión de la comunidad europea. [Archivo PDF].
5. Lorente, E. (11de Mayo del 2014). La exclusión laboral de los enfermos mentales. El País, Periódico Global. Recuperado de http://elpais.com/diario/2004/05/11/salud/1084226401_850215.html
6. Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., Guillen, A. I., (2009). Estigma y Enfermedad Mental, Análisis del rechazo que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense, S.A., [Archivo PDF]. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>
7. Morgaño, D., (24 de Abril del 2016). Estigma y salud mental, Diagonal Psicología. Recuperado de <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/30017-estigma-y-salud-mental.html>

LA VIDA DE UN INDIVIDUO CON TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS POR ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



Liseth Madelline Pimentel González
Centro Regional Universitario de Azuero, Panamá
lismadel16@gmail.com

Fecha de recepción: 15/09/2017

Fecha de revisión: 20/11/2017

Fecha de aceptación: 27/11/2017

RESUMEN

El Alzheimer es un trastorno neurocognitivo de carácter degenerativo que afecta las funciones ejecutoras y de memoria de las personas que los padecen, esto implica, que sean incapaces de realizar actividades sencillas en sus trabajos e inclusive en su autocuidado, olvidar a personas cercanas a ellas y que progresivamente se conviertan en dependientes del cuidado de otras personas. Esta patología representa la principal causa de demencia a nivel mundial en mayores de 60 años y se desconoce a ciencia cierta sus causas, pero se atribuye como factor de riesgo la edad avanzada, las lesiones craneales recurrentes, alteraciones con la apolipoproteína E4 y en pacientes con alteraciones genéticas como la trisomía 21 y con enfermedades cerebrovasculares. El diagnóstico de esta patología se realiza regularmente en las etapas más avanzadas de la enfermedad a causa de que las personas confunden los primeros síntomas y señales como característicos de un envejecimiento normal y al ser detectado es muy complicado poder manejar la enfermedad. Se estima que es de suma importancia la aplicación de programas y proyectos de investigación enfocados a desarrollar enfoques rentables para detectar esta afección neurocognitiva en etapas tempranas, convirtiéndose éste en un paso esencial hacia la reducción de la carga de la enfermedad. Algunos estudios realizados por el programa panameño PARI (Panama Aging Research Initiative) indican que el principal obstáculo para el diagnóstico y tratamiento efectivo de la enfermedad de Alzheimer es la falta de biomarcadores fácilmente disponibles. Se muestra que a través de imágenes cerebrales y biomarcadores del líquido cefalorraquídeo son muy precisos en la detección de la enfermedad. Es de suma importancia valorar el impacto de dicho padecimiento en las familias de los paciente, recordando que los mismos deben enriquecerse con una serie de herramientas y métodos que les permitan ayudar a su familiar a llevar una calidad de vida adecuada a pesar de su padecimiento y evitando sobrecargas y frustración en los cuidadores

directos al desconocer de qué manera puede manejar los cambios progresivos y degenerativos del paciente, además de una asistencia psicológica que les sirva de apoyo para afrontar las diferentes adaptaciones que irán apareciendo en el entorno familiar.

Palabras Clave: Alzheimer, trastorno neurocognitivo, degenerativo, familia, biomarcadores.

THE LIFE OF AN INDIVIDUAL WITH NEUROCOGNITIVE DISORDERS FOR ALZHEIMER'S DISEASE

ABSTRACT

Alzheimer's is a degenerative neurocognitive disorder that affects the execution and memory functions of people who suffer from it, this means that they are unable to perform simple activities in their jobs and even in their self-care, forget people close to them and that progressively become dependent on the care of other people. This pathology represents the main cause of dementia worldwide in adults over 60 years of age and its causes are unknown but it is attributed as a risk factor advanced age, recurrent cranial lesions, alterations with the E4 apolipoprotein and in patients with genetic alterations such as trisomy 21 and cerebrovascular diseases. The diagnosis of this pathology is made regularly in the most advanced stages of the disease because people confuse the first symptoms and signs as characteristic of a normal aging and when being detected it is very complicated to be able to handle the disease. It is estimated that the application of research programs and projects focused on developing cost-effective approaches to detect this neurocognitive condition in the early stages is of utmost importance, becoming an essential step towards reducing the burden of the disease. Some studies conducted by the Panamanian program PARI (Panama Aging Research Initiative) indicate that the main obstacle to the diagnosis and effective treatment of Alzheimer's disease is the lack of readily available biomarkers. It is shown that through cerebral images and biomarkers of cerebrospinal fluid are very accurate in the detection of the disease. It is very important to assess the impact of this condition on the families of the patients, remembering that they must be enriched with a series of tools and methods that allow them to help their family member to lead an adequate quality of life despite their suffering and avoiding overloads and frustration in direct caregivers by not knowing how to handle the progressive and degenerative changes of the patient, as well as psychological assistance that will help them to face the different adaptations that will appear in the family environment.

Key words: Alzheimer's, neurocognitive, degenerative disorder, family, biomarkers.

“Sin querer entró en un mundo donde no hay penas ni glorias, cada paso que va dando va borrando una memoria. Veo que el árbol de su vida poco a poco se deshoja y aquel roble que era fuerte con los años se desploma”

Víctor Manuelle; Algo le pasa a mi héroe.

Los trastornos neurocognitivos pueden ser vistos como una alteración de la estructura normal del cerebro que trae consecuencias funcionales que limitan la capacidad cognitiva de los individuos que la padecen, todo esto, a consecuencia de enfermedades neurodegenerativas, enfermedades sistémicas u orgánicas, lesiones y daños cerebrales.

Una de las afecciones demenciales más prevalentes, según investigaciones científicas realizadas por importantes asociaciones encargadas de estudios de trastornos mentales, (American Psychiatric Association, 2013) es la enfermedad de Alzheimer la cual representa aproximadamente el 90% de los casos registrados en los Estados Unidos. (p. 612). A partir de este dato es interesante realizar un análisis acerca del surgimiento de la enfermedad de Alzheimer y de qué manera llega a comprometer la habilidad del individuo para desempeñarse de manera independiente y cómo esta se convierte en un eslabón para el padecimiento de trastornos neurocognitivos.

Definición de la Enfermedad de Alzheimer

Fontán (2012) define el Alzheimer como una encefalopatía degenerativa primaria que se caracteriza por la presencia de trastornos de memoria iniciales y típicos, que comienzan de manera insidiosa y evolucionan progresivamente. (p. 36)

A partir de esta definición podemos determinar que esta enfermedad empieza a producir cambios cognitivos de manera progresiva desde el momento de su aparición hasta que deteriore por completo el tejido cerebral del individuo, causando de esta manera notables alteraciones en los dominios cognitivos de la memoria, la función ejecutiva, perceptual motora y el lenguaje.

El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2010) nos indican que dentro del cerebro de un paciente con Alzheimer; “los ovillos empiezan a desarrollarse en la parte profunda del cerebro, en una zona llamada corteza entorinal y las placas se forman en otras zonas. A medida que se van formando más y más placas y ovillos en zonas particulares del cerebro, las neuronas sanas empiezan a funcionar con menos eficacia” (p. 3). Estas modificaciones en la estructura cerebral han sido identificadas por los médicos y neurólogos a través de estudios de imágenes cerebrales mediante exámenes diagnósticos como la resonancia magnética (RM) y la tomografía axial computarizada (CAT).

Con la disminución de la sinapsis neuronal y la funcionalidad inadecuada de las mismas, estas tienden a morir. Al extenderse este proceso a distintas áreas cerebrales pueden llegar a afectar el hipocampo, el cual cumple una función especial en la formación de recuerdos y de esta manera comienza a presentarse deterioros de la memoria y el aprendizaje. Con el aumento de la muerte neuronal, aquellas áreas del cerebro afectadas empiezan a encogerse, creando una condición médica conocida como atrofia cerebral. (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2010)

Los niveles de gravedad en la enfermedad de Alzheimer pueden indicarnos el nivel de compromiso de la capacidad neurocognitiva en respuesta a la atrofia cerebral presente.

Cuando el individuo tiene un nivel de gravedad leve puede presentar fluctuaciones cognitivas en sus actividades instrumentales que se representan a través de la dificultad para utilizar instrumentos o realizar tareas que eran fáciles de desempeñar para ella o que estaban previamente aprendidas. Por ejemplo: dificultades para coser o tejer, incapacidad para leer una novela de muchas páginas, poca destreza en el manejo de herramientas de mecánica, etc.

En un nivel de gravedad moderado podremos observar una alteración cognitiva en el cumplimiento de las actividades básicas de la vida diaria. Entre ellas se pueden señalar olvido de la realización adecuada de la higiene, manejo inadecuado del arreglo personal y dificultad en la utilización de los cubiertos para comer.

Al presentarse una etapa grave de la enfermedad el individuo necesita la asistencia de otras personas para poder llevar a cabo la satisfacción de sus necesidades y demandas debido a que entra en un estado de total dependencia.

Señales de advertencia de la enfermedad de Alzheimer

La psiquiatra Lucía Allen contó al diario Panamá América (2014) que en Panamá la mayoría de las personas no toman importancia a esta enfermedad, pues asumen que olvidar las llaves de la casa o del auto en varias ocasiones le pasa a cualquiera y no creen que esto puede ser tratado por un médico especialista.

“La mayoría de las personas acuden al médico cuando ya están en las últimas etapas de alzhéimer, y no en el momento cuando se puede controlar con medicamentos. Muchos llegan a tratarse cuando ya están en la última etapa; la de demencia”, expresó Allen.

Cuando aún no existe un diagnóstico previamente confirmado que indique que el individuo padece de una enfermedad que altere el funcionamiento normal del cerebro es importante observar las señales de conducta y de dificultades que presente el individuo para empezar a realizar estudios tempranos del paciente.

Alzheimer's Association (2011) en su escrito sobre la enfermedad de Alzheimer nos brindan diez señales de que podrían advertirnos el padecimiento de esta enfermedad en alguna persona (p.1)

1. Cambios de memoria que dificultan la vida cotidiana.
2. Dificultad para planificar o resolver problemas.
3. Dificultad para desempeñar tareas habituales.
4. Desorientación de tiempo o lugar.
5. Dificultad para comprender imágenes visuales y cómo objetos se relacionan uno al otro en el ambiente.
6. Nuevos problemas con el uso de palabras en el habla o lo escrito.
7. Colocación de objetos fuera de lugar y la falta de habilidad para volver a trazar sus pasos.
8. Disminución o falta del buen juicio.
9. Pérdida de iniciativa para tomar parte en el trabajo o en actividades sociales.
10. Cambios en el humor o la personalidad.

Dependiendo de la cultura, estos síntomas son atribuibles a un *“envejecimiento normal”*, sin embargo no podemos obviar la importancia de la identificación de estos síntomas los cuales serán un indicativo de que algo no está bien y permitirá el inicio de la intervención e investigación de los profesionales de salud correspondientes.

Diagnóstico de un trastorno neurocognitivo por enfermedad de Alzheimer

La American Psychiatric Association en su actual escrito DSM V (2013) establece una serie de criterios diagnósticos que permiten a los especialistas en el campo de la psiquiatría reconocer que el individuo está presentando un trastorno neurocognitivo a partir de una enfermedad neurodegenerativa, en este caso el Alzheimer (p. 611)

Criterios diagnósticos:

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos.

C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible.

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
2. Aparecen los tres siguientes:
 - a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo
 - b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
 - c. Sin evidencias de una etiología mixta.

Se estima que es de suma importancia la aplicación de programas y proyectos de investigación enfocados a desarrollar enfoques rentables para detectar esta afección neurocognitiva en etapas tempranas, convirtiéndose éste en un paso esencial hacia la reducción de la carga de la enfermedad. Algunos estudios realizados por el programa panameño PARI (Panama Aging Research Initiative) indican que el principal obstáculo para el diagnóstico y tratamiento efectivo de la enfermedad de Alzheimer es la falta de biomarcadores fácilmente disponibles. Se muestra que a través de imágenes cerebrales y biomarcadores del líquido cefalorraquídeo son muy precisos en la detección de la enfermedad. Además han demostrado obtener a través de las muestras de sangre un enfoque viable y económico en su diagnóstico precoz.

Desarrollo de la enfermedad de Alzheimer

Según la American Psychiatric Association (2013) *“La supervivencia media tras el diagnóstico es de aproximadamente 10 años, lo que refleja la avanzada edad de la mayoría de los individuos y no el curso de la enfermedad; algunos sujetos pueden vivir con la enfermedad hasta 20 años”* (p. 613).

La mayor incidencia de padecimiento de Alzheimer se encuentra en personas de entre 75 y 85 años de edad, estas personas por su edad muestran un tiempo algo corto de vida, no específicamente por el deterioro cerebral en sí, sino también a que las personas mayores tienen mayor riesgo a sufrir enfermedades mixtas o concurrentes que alteran el curso y manejo del trastorno.

Factores de riesgo más comunes

No se conoce aún una causa específica que determine el origen del Alzheimer, sin embargo, si se pueden identificar algunos factores que contribuyen a aumentar las posibilidades de padecer esta enfermedad. Dentro de estos factores encontramos que la edad del individuo es muy determinante, aquellas personas que sufren de traumatismos craneales o lesiones en la cabeza recurrentes pueden padecer esta enfermedad neurodegenerativa en algún momento.

También es importante destacar que al presentar alteraciones con la apolipoproteína E4 y en pacientes con alteraciones genéticas como la trisonomía 21, al igual que las personas que padecen o desarrollan enfermedades cerebrovasculares tienden a presentar mayor posibilidad de sufrir de Alzheimer.

El impacto en las personas que padecen Alzheimer

A consecuencia de los cambios cerebrales y cognitivos el individuo tiende a perder la orientación sobre quiénes son las personas que lo rodean e incluso quienes son ellos mismos. Esto tiende a dificultar su autocuidado y también su estado emocional y conductual normal en muchas ocasiones; presentando signos de agitación, apatía por las actividades y su entorno, irritabilidad, respuesta violenta a ciertos acontecimientos.

En personas jóvenes con diagnóstico de Alzheimer es mucho más compleja la situación a la que se enfrentan estos individuos, debido a que si aún desempeñan algún empleo o representan el rol de jefe de una familia, éste va a perder la capacidad para desempeñar su labor de manera gradual y por consiguiente existen las posibilidades que tenga que dejar de trabajar, lo que trae consigo síntomas de impotencia, depresión, apatía y conflictos familiares si los vínculos de relación no son estables.

Impacto en los cuidadores de personas que padecen Alzheimer

Las familias que enfrentan el desafío de cuidar a un paciente con esta alteración neurodegenerativa, viven constantemente en la expectativa de los cambios que presenta su familiar con la finalidad de brindar un trato adecuado y digno. A pesar del empeño sentimental, físico y mental que representa el compromiso de cuidar a un pariente cercano con Alzheimer, es importante destacar que esta enfermedad se convierte en un constante proceso de adaptación y readaptación a las situaciones que se van presentando.

Esto quiere decir que puede existir una sobrecarga en la función del cuidador si no

existe el compromiso de toda la familia en el cuidado del paciente como también pueden presentarse sensaciones de impotencia, desesperanza y tristeza al ver el deterioro progresivo del individuo incluyendo la ausencia del reconocimiento de ellos como familia.

En una ocasión en particular, dentro de la sala de medicina de un hospital de la ciudad de Chitré, se encontraba hospitalizado un paciente con este diagnóstico el cual había sido trasladado a dicha instalación hospitalaria por presentar hipertensión de sus extremidades inferiores lo que le incapacitaba desplazarse y sentarse al no poder flexionar sus rodillas.

Lo que llamaba mucho la atención era la calidez del trato de sus familiares hacia él. Su esposa le decía frecuentemente: -“Pronto te mejorarás y podremos irnos a casa para que pasemos tardes en la terraza como antes. Recuerda que N. te ama mucho y siempre estará contigo”. Después de presenciar estas situaciones conmovedoras era difícil contener las lágrimas, más al saber que el paciente sabía que estaba casado y que su esposa se llamaba N, pero era incapaz de reconocerla al verla.

Es de suma importancia que dentro de los tratamientos del paciente valla incluido un plan terapéutico que ayude a la familia a sobrellevar la situación de la manera más adecuada dentro de sus recursos y posibilidades.

Tratamientos y terapias indicadas a pacientes con Alzheimer

Actualmente no se cuenta con un tratamiento específico dirigido a prevenir o tratar la enfermedad, no obstante, existen una serie de fármacos que ayudan a estabilizar los síntomas que presenta el paciente brindándole la oportunidad de vivir de manera más tranquila.

Según Parquet, (2007) Algunos de los fármacos que se administran a estos pacientes son fármacos anticolinesterásicos, ciertas vitaminas como las vitaminas B12, B6 y ácido fólico los cuales muestran una regulación en la memoria y otras funciones cognitivas, además de ayudar al paciente con respecto a su conducta en cuanto a apatía, iniciativa y capacidad funcional. (p.11)

Como hemos mencionado a lo largo de este escrito el individuo a través de los años luego del inicio de la enfermedad tiende a carecer de la capacidad que presentaba en la realización de actividades complejas laborales y simples de la vida diaria. Carretero y colaboradores (s/f) en su escrito llamado Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer propone una serie prácticas que podrían ser beneficiosas para estos individuos las cuales ha nombrado como técnicas para facilitar la consecución de las AVD. (p.64)

La supervisión es una de estas técnicas la cual consiste en la observación regular de las acciones sin necesidad de interferir en ellas. Si se observa algún fallo, se le indica al individuo para que lo corrija.

Dentro de las instrucciones verbales lo que se busca es dar indicaciones o pautas al paciente para recordarle lo que debe hacer. Otra técnica a poner en práctica es la imitación donde la función del cuidador o familiar es poner en práctica gestos que le permitan a la persona recordar la actividad que debe realizar; por ejemplo: tomar una cuchara con la mano y llevarla a la boca mientras el paciente observa.

Una de las técnicas puestas en práctica con mayor frecuencia es la iniciación del movimiento donde el cuidador toma a la persona y la guía en la realización de la actividad; por ejemplo: tomar su mano con un lápiz en ella y llevarla hacia el papel iniciando los trazos y que el paciente siga ejecutando la tarea asignada.

Para concluir con el tema, el reconocimiento de una afección tan degenerativa como el Alzheimer se dará siempre dentro del entorno familiar y laboral del individuo afectado. Es necesario trabajar con esa persona de manera integral y multidisciplinaria tomando en cuenta que su afección no solo le afectará a él directamente en el desarrollo de sus actividades cotidianas, sino también a sus familiares y personas allegadas a su ambiente de convivencia.

Aunque no existe un tratamiento que detenga el avance de la enfermedad, aun los científicos trabajan en conseguir una alternativa que permita manejar esta difícil enfermedad e inclusive evitar su progresión, por consiguiente no se pierden las esperanzas que por medio de las tecnologías avanzadas y recursos con los que cuenta esta sociedad pos contemporánea actual se pueda contar dentro de unos próximos años la cura para la enfermedad de Alzheimer. Por lo pronto es de responsabilidad de los profesionales de salud brindarles las herramientas necesarias a los individuos que padecen esta enfermedad y sus familias para que puedan llevar una buena calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Britton, G. (2016). La enfermedad de Alzheimer: El aumento de la enfermedad y el envejecimiento poblacional. (Datos en línea). Disponible: <http://www.indicasat-times.org.pa/la-enfermedad-de-alzheimer.html> (consulta: 14 de diciembre 2017)

Carretero, V y colaboradores. (s.f.). Guía práctica para enfermos de Alzheimer. Fundación de PwC. (Datos en línea). Disponible: <http://www.crealzheimer.es> (consulta: 5 de junio 2017)

Fontán, L. (2012). La enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. Medicina familiar y comunitaria. (Datos en línea) Disponible: <http://www.imsero.es> (consulta: 5 de junio 2017)

La enfermedad de Alzheimer. (2010). Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. (Datos en línea). Disponible: www.nih.gov/Alzheimers/Publications/adfact.htm (consulta: 2 de junio 2017)

La enfermedad de Alzheimer. (2011). Alzheimer's Association (datos en línea) Disponible: http://www.alz.org/espanol/about/el_alzheimer_y_el_cerebro.asp (consulta: 5 de junio 2017)

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V. (2013). American Psychiatric Association. Quinta Edición. Editorial Medica Paramericana (Libro en línea). Disponible: [vwww.medicapanamericana.com](http://www.medicapanamericana.com) (consulta: 1 de junio 2017)

Mitchell, A. (2014). Hay 22 mil casos de Alzheimer en Panamá. Diario Panamá América. (Datos en línea). Disponible en: <http://www.panamaamerica.com.pa/ey/hay-22-mil-casos-de-alzheimer-en-panama> (consulta: 14 de diciembre 2017)

Parquet, C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. (Datos en línea). Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat6.section.38720> (consulta: 5 de junio 2017)

INFLUENCIA DE LA MEDICINA TRADICIONAL FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS



Carlos Ernesto Pinto

Oficial de Emergencia y Rescate del Sistema Nacional de Protección
Civil de Panamá

carlosernestopinto540@gmail.com

Fecha de recepción: 01/10/2017

Fecha de revisión: 05/11/2017

Fecha de aceptación: 25/11/2017

RESUMEN

En los últimos años la diabetes mellitus ha trascendido su prevalencia de morbilidad y día tras día nuevos casos se diagnostican a nivel mundial, permitiendo de esta manera señalar, que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública actuales. Por tal razón hoy en día los avances tecnológicos y distintos medicamentos son utilizados para el tratamiento de esta enfermedad con el fin de mantener a los pacientes que la padecen dentro de un sistema multidisciplinario que le permitan llevar un estilo de vida más saludable que incluyan cambios en alimentación, ejercitación y cumplimiento del plan terapéutico indicado por el médico responsable. Dándoles atenciones y Seguimiento a dichos pacientes en Hospitales públicos y clínicas de atención de salud primaria. Además de seguir con los tratamientos modernos brindados por las especialistas del tema tratado. Las personas acuden a los recursos de la naturaleza, que desde años precolombinos, eran muy utilizados en el manejo de muchas enfermedades; la conocida y muy aceptada comunitariamente como medicina tradicional o herbolaria. La hiperglucemia (niveles altos de glucosa en sangre) es la responsable directa de los síntomas típicos de la diabetes. En los primeros años, los niveles de glucosa no son excesivamente elevados así que la diabetes no presenta síntomas o son muy poco específicos y pasan desapercibidos, por lo que una persona puede estar años con un trastorno de tolerancia a la glucosa e incluso con diabetes mellitus tipo 2 sin saberlo. De ahí la evolución silenciosa de la enfermedad de hasta 10 o 12 año. Esto conlleva muchas veces un retraso del diagnóstico.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, medicina tradicional, medicina moderna, salud pública, multidisciplinario.

INFLUENCE OF TRADITIONAL MEDICINE AGAINST THE TREATMENT OF DIABETES MELLITUS

ABSTRACT

In recent years diabetes mellitus has transcended its prevalence of morbidity and day after day new cases are diagnosed worldwide, thus allowing us to point out that it has become one of the main current public health problems. For this reason today, technological advances and different medications are used for the treatment of this disease in order to keep patients who suffer from it within a multidisciplinary system that allows them to lead a healthier lifestyle that includes changes in feeding, exercise and compliance with the therapeutic plan indicated by the responsible physician. Giving care and follow up to these patients in public hospitals and primary health care clinics. In addition to continuing with the modern treatments offered by the specialists of the treated subject. People come to the resources of nature, which since pre-Columbian years, were widely used in the management of many diseases; the well-known and widely accepted community as traditional medicine or herbal medicine. Hyperglycemia (high blood glucose levels) is directly responsible for the typical symptoms of diabetes. In the first years, glucose levels are not excessively high so diabetes does not present symptoms or are very unspecific and go unnoticed, so that a person can be years with a glucose tolerance disorder and even with diabetes mellitus type 2 without knowing it. Hence the silent evolution of the disease up to 10 or 12 years. This often leads to a delay in the diagnosis.

Keywords: Diabetes Mellitus, traditional medicine, modern medicine, public health, multidisciplinary.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diabetes como una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.

La diabetes mellitus se ha convertido, sin duda alguna, en un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. A través del informe mundial sobre la diabetes creada por parte de la OMS (2016), se estima que en las últimas décadas han aumentado sin pausa el número de casos y la prevalencia de la enfermedad.

En este mismo informe nos indica que según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Junto con estos datos también tenemos que factores de riesgo predisponentes a padecer de diabetes como lo son la obesidad y el sobrepeso también han ido incrementándose en gran medida durante los últimos años.

Para poder entender mejor como se da esta enfermedad, adjuntado al notorio impacto que está causando dentro de las gestiones de salud, los planes estratégicos estatales y en la economía de un país debemos ahondar un poco más sobre ¿Qué es la diabetes?

Como se mencionaba al principio, la diabetes mellitus más que todo es una enfermedad endocrina crónica, debido a que la persona que la padece tendrá que vivir con este diagnóstico desde que se le informa de dicho padecimiento y durante todo el cumplimiento de su ciclo vital como ser humano. Esto trae consigo tanto alteraciones en el estado físico, como emocional de la persona que la padece y sobre todo su entorno familiar y laboral.

Esta alteración metabólica altera la función normal del páncreas, órgano encargado de secretar una importante hormona llamado insulina, la cual es la responsable de la descomposición de la glucosa que es adquirida por el organismo a través de la ingesta de los alimentos y seguidamente permitir regular la cantidad de glucosa en el torrente sanguíneo, que es necesaria en el cuerpo para desempeñar las funciones vitales del ser humano y almacenando la restante en el hígado y músculos. El rango de glucosa que puede considerarse adecuado en sangre abarca de 60 a 110 mg/dL.

La diabetes puede presentarse de tres principales maneras según Francisco Pomares (2006):

Tipo I: (Autoinmune o Idiopática): consiste en la destrucción de la célula beta que induce un déficit absoluto de insulina, esto indica que el páncreas no produce insulina debido a que agentes inmunológicos atacan la hormona de la insulina destruyéndola. Este tipo de diabetes se caracteriza por su aparición repentina, las personas presentan pérdidas de peso reciente y necesitan indudablemente de tratamientos de insulina para preservar la vida. Pueden estar muy arraigada a factores de riesgo genético y hereditario.

Tipo II: se desarrolla al presentar resistencia insulina (RI) predominante con déficit relativo de insulina o bien déficit de insulina predominante con RI relativo, esto quiere decir que el páncreas produce poca cantidad de insulina, o la insulina que produce no es funcional. Esta puede empezar a cualquiera edad, usualmente a los 30 años; suelen presentar obesidad o sobrepeso al momento de ser diagnosticado y utilizan hipoglucemiantes orales para mejorar los niveles de glicemia acompañada de algunas dosis de insulina inyectable. Este tipo está más relacionado al mal manejo de los estilos de vida.

Diabetes Gestacional: que aparece durante la gestación. Si los estilos de vida no son adecuados durante y luego del embarazo las probabilidades que las pacientes que la padecieron durante su periodo de gestación terminen padeciendo de diabetes tipo 2.

Según Brunner, S (2000). Las manifestaciones clínicas de la diabetes incluyen: Poliuria (incremento de la frecuencia y cantidad de orina), polidipsia (incremento de la sed y consumo de líquidos) y polifagia (aumento del consumo de alimentos desmedidamente). Otros síntomas incluyen fatiga y debilidad, cambios visuales repentinos, hormigueo, piel seca, heridas que tardan en cicatrizar e infecciones recurrentes.

Los dos tipos de diabetes (tipo 1 y tipo 2) pueden causar graves daños al cuerpo cuando el nivel de glucosa en la sangre está constantemente elevado. Los problemas más comunes son del corazón, los riñones, la vista, el sistema nervioso y los pies. Estudios recientes sobre diabetes indican que se pueden controlar estos problemas si el azúcar en la sangre se mantiene en un nivel lo más normal posible, se pierde peso y se hace ejercicio. (Ann Albright, 2010)

“Yo soy hijo de una persona con diabetes. Por no haberme informado, me descuidé. . . Es posible que tal vez exista algo que no se pueda evitar. Pero lo que sí podemos hacer es educarnos antes, saber alimentarnos. Podemos romper esa cadena que hace que tú, por ser latino, vayas a ser, o seas una persona con diabetes. Yo creo que la diabetes se puede vencer con la educación. (Un padre de familia con diabetes, 35 años)”

Estas palabras citadas anteriormente nos permiten conocer la importancia de la educación en salud y la necesidad evidente de información adecuada, útil y orientada que sirva de recurso para poder disminuir los riesgos de padecer diabetes.

Dentro de las recomendaciones que nos hace la doctora Ann Albright en su guía para el manejo de la diabetes, podemos rescatar las siguientes:

- Incluya una variedad de alimentos en sus comidas
- Coma menos grasa, azúcar y sal.
- Disminuir el consumo de alcohol.
- Hacer una actividad física a diario.
- Es importante saber cuándo y cómo tomar los medicamentos. El nivel de azúcar en la sangre puede bajar mucho al tomar pastillas para la diabetes o insulina.

La opción de medicamentos alópatas que tienen las personas para el tratamiento y control de la diabetes incluyen la insulina y varios agentes antidiabéticos orales tales como las sulfonilurias, biguanidas, inhibidores de la alfa-glucosidasa y glinidas, las cuales son utilizadas como monoterapia o en combinación para lograr mejorar la regulación glucémica. Muchos de estos antidiabéticos tienen efectos adversos, y en el control de la diabetes crónica pierden su efectividad según Castro, F (2009) quien citó a Kumar (2007). Así, el manejo de la diabetes sin efectos adversos se ha convertido en un reto. Lo anterior también repercute en un alto costo dado que son tratamientos que los pacientes necesitan de por vida, de tal manera que la búsqueda de opciones terapéuticas más efectivas y seguras sigue siendo un área de investigación fértil

Castro, F (2009) que citó a Bayley (2005) nos refiere, en su investigación sobre el uso de plantas medicinales en el tratamiento de la diabetes, que más de 400 tratamientos naturales con plantas para la diabetes mellitus han sido registrados, pero solo un pequeño número de estos han recibido evaluación científica y médica para probar su eficacia. Los tratamientos tradicionales están desapareciendo en las sociedades occidentales, pero algunas son prescritas por los practicantes de la medicina alternativa o tomados por los pacientes como complementos de las terapias convencionales. Sin embargo, los remedios con plantas, permanecen como tratamientos principales en países subdesarrollados.

Medicina Tradicional o Herbolarias

El uso de las plantas en la cura de enfermedades es tan antiguo como las mismas enfermedades y es ahí donde nuestros abuelos y generaciones anteriores recurrieron primeramente antes de la medicina moderna.

La ciencia fitoterapia (cura de las enfermedades por medio de plantas) ha progresado en los últimos años y hoy es posible la cura de casi todas, por el uso continuo de plantas ya se conoce la presencia de algunas de ellas y sus principios químicos farmacodinámicos activos. El empleo de las plantas en terapias a enfermedades a lo largo y ancho de nuestro país y parte de nuestro continente es muy amplio, remontándonos a las incursiones que realizaron las culturas precolombinas y que a través de los años se han utilizado por generaciones

Los muchos adelantos tecnológicos de la medicina occidental, no pueden desterrar de nuestra cultura ese arraigado instinto o herencia que tenemos de permanecer fieles a la medicina tradicional heredada de generación en generación.

En Panamá a pesar de que contamos con la presencia en neutros pueblos o corregimientos de centros de salud, hospitales, personal médico, enfermeros(as) y especialistas en diversos campos de la medicina moderna se siente vigorosa aun la imagen destacada y comprometidas con su gente de las personas que tienen los conocimientos de herbolaria conocidos comúnmente como curanderos o hierberos, que a través de su terapias basadas en hierbas contribuyen a solucionar los males y padecimientos físicos y psicológicos de la población creyente en esta medicina alternativa que nos brinda la naturaleza.

Mencionaremos algunas de las plantas utilizadas por nuestros ancestros y abuelos para el tratamiento de distintas enfermedades como por ejemplo la diabetes y como la elaboraban ellos estas son:

- Balsamina
- Contra gabilana
- Cedrón
- Casco de vaca
- Guarumo

Estas plantas son preparadas y ingeridas por la personas en té o bebidas las cuales toman por un periodo de tiempo según las dosis que los hierberos les prescriben; es una alternativas que muchas personas buscan hoy en día a pesar de los avances en el tratamiento de esta enfermedad.

De esta forma preparan el té las personas que los utilizan:

- Ingredientes: 1 rollo o lo que empuñe una mano de bejuco de balsamina, polvo de pepita de cedro amargo y agua.
- Preparación: cocine el bejuco de balsamina a media tasa agregar polvo de pepita cedrón.
- Dosificación: Media tasita por nueve días.
- Ingredientes: 10 hojas de contra gabilana y un litro de agua.
- Preparación: hierva las hojas y haga un té.
- Dosificación: tres tasitas por días por tiempo prolongado.
- Ingrediente: 5 hojas de guarumo, 1 litro de agua.
- Preparación: se hierbe como un té.
- Dosificación: por un tiempo prolongado de dos tacitas de té por día, una semana y otra no (ayuda a reducir colesterol).

- Ingredientes: 5 hojas de casco vaca.
- Preparación: se hierve la hoja hasta que cocine bien.
- Dosificación: se toma una tasa en la mañana y una en la tarde por una semana.

Efectos secundarios:

No se ha probado si estos té tienen efectos secundarios a las personas con las que conversamos y que hacen de esta medicina una alternativa; me informan que hasta el momento no han sentido efectos secundarios, pero ellos no abusan de la ingesta de estos té, solo lo hacen por un tiempo determinado.

Recomendaciones: Siempre es deber de cada uno informar a sus médicos que está tomando estos tipos de té y no dejar los medicamentos recetados por los doctores.

La convivencia con la diabetes se asienta sobre tres pilares básicos:

- La alimentación
- El ejercicio físico
- El tratamiento farmacológico.

Los pacientes diabéticos deben llevar una dieta sana, variada y equilibrada. La práctica de ejercicio físico regular ha demostrado mejorar el control de la glucemia, los factores de riesgo cardiovascular y el perfil lipídico, así como facilitar la pérdida de peso y aumentar el grado de bienestar. También es altamente recomendable dejar de fumar, ya que el tabaquismo actúa como factor de riesgo cardiovascular.

La medicación es un complemento para aumentar el efecto de la buena alimentación y del ejercicio, constituyendo la insulina la base farmacológica en la diabetes tipo 1, y distintos fármacos orales o insulina, en la diabetes tipo 2. El autocontrol en el hogar mediante análisis regulares y el seguimiento médico son fundamentales para prevenir y retrasar la progresión de complicaciones serias relacionadas con la enfermedad y reducir la mortalidad

Puede concluirse que la diabetes es la enfermedad que está afectando cada día más a muchas personas de distintas clases sociales; y a pesar de que estamos en un siglo de muchos avances en la medicina, todavía existen el medicamento o la medicina alternativa la cual nos brinda la naturaleza y que está al alcance de todos.

Sin embargo, a pesar de las ventajas que nos ofrece la naturaleza poco a poco muchas plantas están desapareciendo debido a la tala de los bosques y la quema que realizan los agricultores en muchos lugares del país, destruyendo muchas plantas medicinales y otras que quizás sean la cura o tratamiento a distintas enfermedades que existen hoy en día.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albright, A. (2010). Controle su diabetes. Guía para el cuidado de su salud. Tercera Edición. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Atlanta.

Castro, F. (2009). Uso de plantas medicinales y suplementos dietéticos para el control glucémico de la diabetes. Investigación Científica. (Documento en PDF) recuperado de: <http://www.veralmex.com/pdf/glucemico.pdf>

Informe mundial sobre la diabetes. (2016). Organización Mundial de la salud. (Documento en PDF). Recuperado de: www.who.int/diabetes/global-report

Rambla, V. (2006). Guía clínica de actuación en diabetes y riesgo cardiovascular. Generalitat Valenciana. Valencia, España.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

REVISTA SALUTA

ENFOQUE Y ALCANCE

La **REVISTA SALUTA** es una publicación en formato impreso y digital, de periodicidad semestral. Es de libre acceso y no tiene cargo alguno para los autores. Su Comité Editorial exige la originalidad de cada manuscrito sometido a consideración para su publicación, los cuales están disponibles de forma inmediata y permanente para facilitar su lectura y su descarga.

El objetivo de la revista es la difusión de las investigaciones, estudios teóricos y empíricos, así como discusiones y controversias que se están llevando a cabo en el campo de las ciencias de la salud.

POLÍTICA EDITORIAL

La **REVISTA SALUTA**, abarca una temática científica amplia y publica artículos de investigación (clínica, experimental o de las ciencias sociales vinculadas al área de salud), artículos de revisión, artículos de innovación para la práctica y cartas al editor. Se otorga relevancia a los estudios cuantitativos, cuantitativos y mixtos así como a los relacionados con estudios diagnósticos y epidemiológicos.

Los trabajos deben ser enviados a través de la plataforma Open Journal System (OJS) de la revista (<https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta>)

Los artículos serán sometidos a revisión por pares (peer review process) especialistas en la materia, independientes tanto del equipo editorial como de los autores. Este proceso se realiza de forma anónima y confidencial. Por esta razón, las partes no conocerán las identidades del autor ni del revisor, respectivamente, y es el equipo editorial quien se encargará de la correspondencia entre ellos.

La revista acepta artículos en dos idiomas: inglés y español. Los títulos, resúmenes y palabras clave se traducen al segundo idioma.

POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

La **REVISTA SALUTA** provee acceso libre inmediato a su contenido bajo el siguiente principio: hacer que la información publicada esté disponible gratuitamente al público y

apoyar a un mayor intercambio del conocimiento global.

La publicación de los artículos no tiene ningún costo para los autores y el acceso a los mismos es gratuito para los lectores (modelo diamante de acceso abierto).

Los artículos se publican y distribuyen bajo los términos de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas (CC BY-NC-ND), con fines no comerciales, la cual permite a otros distribuir y copiar el artículo e incluirlo en una obra colectiva (como una antología), siempre que se indique la autoría y que no se altere ni modifique el artículo.

POLÍTICA DE PRESERVACIÓN DIGITAL Y AUTOARCHIVO

La **REVISTA SALUTA** garantiza la preservación digital de su contenido a través del sistema OJS y del repositorio digital de la Universidad UMECIT (REDIUMECIT). Adicionalmente, está permitido el autoarchivo en los repositorios de las instituciones a las cuales pertenecen los autores, con la obligatoriedad de incluir en su registro, la URL correspondiente al documento dentro de la revista y la acreditación respectiva de los derechos de autor y editorial.

POLÍTICAS ÉTICAS

Todos los artículos que contemplen investigaciones en seres humanos, deben ceñirse a las normas éticas emanadas de la Declaración de Helsinki y de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Cuando se trate de investigaciones en animales, se debe tener en cuenta la Ley 84 de 1989 y hacer referencia explícita al uso de medidas apropiadas para minimizar el dolor. Se debe guardar la confidencialidad y anonimato de los participantes, por lo que no se deben emplear datos que permitan su identificación.

Los editores o miembros de consejos de las publicaciones periódicas de la Universidad podrán solicitar, según su propio criterio o de conformidad con el contenido de la publicación, el concepto del Comité de Ética de la Universidad en contenidos que así lo justifiquen.

La **REVISTA SALUTA** establecerá mecanismos para identificar y prevenir la publicación de trabajos donde se identifiquen malas prácticas como el plagio, la falsificación de datos, entre otros. En este aspecto se tomarán en cuenta los diagramas de flujo implementados por COPE.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

La **REVISTA SALUTA** es financiada por la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología de la República de Panamá.

DIRECTRICES PARA AUTORES

1. El manuscrito debe contener el nombre y apellido del autor o autores, indicando su rango institucional, centro de trabajo, país de origen, y dirección de correo electrónico (indispensable) y ORCID. Adicional, debe anexar fotografía tamaño carnet en formato digital del autor o los autores
2. Los autores envían sus manuscritos en el entendido de que el trabajo no ha sido publicado previamente en forma impresa o electrónica y que no se encuentra bajo consideración para publicación en cualquier medio. Se utilizará un sistema electrónico para detección de plagio, por lo tanto, al enviar el manuscrito los autores aceptan que su trabajo pudiera ser sujeto de escrutinio para detectar plagio de obras previamente publicadas. Los manuscritos que no estén en el formato adecuado serán regresados a los autores para corrección y reenvío antes de ser considerados para el proceso de arbitraje
3. Los trabajos se presentarán en español o en inglés, dado el carácter internacional de la revista. El resumen debe estar adicionalmente traducido al inglés si está redactado en español. La extensión oscilará entre doscientas (200) y trescientas (300) palabras; asimismo debe contener entre tres (3) y diez (10) palabras claves según MeSH, DeCS o Thesaurus de la Unesco, que también deben estar traducidas al inglés en la página del abstract. La extensión aceptada será entre 10 y 20 páginas (este criterio es flexible dentro de ciertos límites), con una tipografía Times New Roman, tamaño 12 puntos.
4. En la redacción se debe emplear un lenguaje formal, simple y directo, evitando en lo posible el uso de expresiones poco usuales, retóricas o ambiguas, así como también el exceso y abuso de citas textuales. El trabajo debe enviarse con una redacción, puntuación, ortografía y mecanografía razonablemente aceptables. Si el trabajo tiene problemas de cualquier tipo, se le harán las observaciones pertinentes y se regresará a su autor para su corrección.
5. El documento se debe redactar en tercera persona o en infinitivo, excepto los trabajos bajo el enfoque cualitativo o la producción escrita que corresponde a trabajos de divulgación o de otros saberes, en los cuales se permitirá la redacción total o parcial en primera persona, según el estilo del autor.
6. En el texto principal, se debe evitar el uso excesivo o inadecuado de letras en estilo negritas, itálicas o cursivas, excepto los términos en latín y las palabras extranjeras que deberán figurar en letra itálica o cursiva.
7. La primera vez que se use una abreviatura, esta deberá ir entre paréntesis, en lo sucesivo, se recurrirá únicamente a la abreviatura.
8. En caso de que el trabajo posea tablas, figuras o gráficos, los mismos deben enumerarse según el orden en el que aparecen en el texto, con número arábigos, seguido de un título

breve. Al final se debe indicar la fuente.

9. Las citas deben aparecer en el texto en el siguiente formato: apellido/s, seguido del año entre paréntesis; o apellido/s seguidos de una coma y año, todo entre paréntesis. Ejemplo: Barrientos (2015); (Barrientos, 2015). Asimismo, deben aparecer en la lista de referencias bibliográficas al final del trabajo (y viceversa). Observe cuidadosamente que todas las referencias estén señaladas, que la ortografía de los nombres de los autores corresponda y que las fechas dadas en el texto son las mismas que las que están en las referencias.
10. Este conjunto de normas podrá presentar variaciones con el tiempo, por lo tanto, los cambios que se realicen en la misma, serán publicados en fecha acorde a su implantación.
11. Las referencias bibliográficas deben ser escritas en orden alfabético por el apellido del (primer) autor y en sangría francesa. Las referencias múltiples del mismo autor (o idéntico grupo de autores) se ordenan por año de publicación. Si el año de publicación también es el mismo, diferéncielos escribiendo una letra a, b, c, etcétera, después del año, formato que se usará de igual forma en las citas. Para estos aspectos deben utilizarse las normas Vancouver.
12. El comité editorial siempre respetará la orientación teórica del autor. Lo que se evaluará es la coherencia, originalidad, aportación a la disciplina, claridad y lógica del trabajo.

TIPOS DE PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN LA REVISTA

La **REVISTA SALUTA** publica artículos de investigación (clínica, experimental o de las ciencias sociales vinculadas al área de salud), artículos de revisión, presentaciones de caso y cartas al editor.

Así mismo, la revista incluirá análisis y opiniones de expertos de reconocido prestigio nacional e internacional sobre educación médica. Abarcará todos los niveles de la educación médica: el pregrado, el posgrado, y el desarrollo profesional continuo, con el fin de analizar experiencias y estimular nuevas corrientes de pensamiento en el campo de la educación médica.

Artículos de investigación: son las producciones con categoría primaria como: reportes de investigaciones empíricas o epidemiológicas, originales e inéditas, en las que se abordan problemas de salud, rehabilitación, psicología o investigación en ciencias básicas en el área de la salud. Asimismo, las investigaciones que abordan problemas de salud desde las teorías y métodos de las ciencias sociales de forma interdisciplinaria (historia, sociología, antropología, filosofía, estudios culturales, de ciencia y de género).

Se aceptan investigaciones desarrolladas desde enfoques cuantitativos, cualitativos o mixtos. Todos los manuscritos deben dejar claro cómo los hallazgos avanzan la comprensión del tema estudiado.

Los artículos de investigación deben tener la siguiente estructura:

1. Título principal del manuscrito en español e inglés de hasta 15 palabras.
2. Nombre completo de cada autor (es) con foto tamaño carnet fondo blanco.
3. Filiación institucional(es) de cada autor, así como sus grados académicos y puesto desempeñado en la institución de procedencia.
4. Información de contacto del autor responsable del manuscrito (correo electrónico, dirección completa, teléfono y ORCID del autor (es)).
5. Resumen en español e inglés, escrito en tiempo pasado, tercera persona, y sin exceder 300 palabras.
6. Introducción, Objetivo, Método, Resultados (expresados de manera cuantitativa, cualitativa o mixta, según aplique).
7. Conclusiones.
8. Referencias bibliográficas. En cuanto a las Referencias, los autores son responsables de la exactitud e integridad de las mismas. El estilo será acorde a las normas de Vancouver. Se sugiere consultar [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/). La lista de referencias debe ser a 1.5 líneas y colocarse al final del manuscrito. La numeración de las referencias bibliográficas debe ser acorde con el orden al que se hace referencia en el manuscrito (no por orden alfabético) con el número en superíndice y sin paréntesis. Cualquier fuente inédita y comunicaciones personales no deben incluirse como referencias sino que deben anotarse en el texto del manuscrito entre paréntesis, al final de la oración que apoyan.
9. Es imprescindible que al final de la sección de Método, se incluya un pequeño apartado titulado “Consideraciones Éticas”, en él deberán explicitar lo concerniente al Consentimiento Informado e indicar si se siguió algún protocolo ético en la institución donde se llevó a cabo el estudio, además si todos los participantes tuvieron conocimiento de la finalidad de la investigación y si su participación fue voluntaria. Todos los trabajos que involucren investigación en seres humanos deben seguir los principios anotados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html> y los autores deben confirmar, cuando sea necesario, que se obtuvo consentimiento informado. Los autores deben buscar la aprobación del organismo apropiado de su institución, como pueden ser Comités de Investigación o de Ética, para trabajos de investigación en educación. Debe procurarse que no haya daño potencial a los educandos o docentes que participen en el trabajo y

garantizarse el anonimato de los participantes.

10. En cuanto a las Referencias, los autores son responsables de la exactitud e integridad de las mismas. El estilo será acorde a las normas de Vancouver. Se sugiere consultar <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. La lista de referencias debe ser a 1.5 líneas y colocarse al final del manuscrito. La numeración de las referencias bibliográficas debe ser acorde con el orden al que se hace referencia en el manuscrito (no por orden alfabético) con el número en superíndice y sin paréntesis. Cualquier fuente inédita y comunicaciones personales no deben incluirse como referencias sino que deben anotarse en el texto del manuscrito entre paréntesis, al final de la oración que apoyan.

Artículos de revisión: Es un manuscrito que tiene por propósito avanzar en la comprensión de un tema en particular, más allá de un mero resumen de la literatura relevante. Son estudios y análisis críticos de la literatura reciente y pertinente a un tópico del área de la salud, junto a los puntos de vista del autor sobre dicho tema. Debe tener una revisión bibliográfica extensa de por lo menos cincuenta (50) referencias.

Los artículos de revisión deben tener la siguiente estructura:

1. Título del manuscrito en inglés y español de hasta 15 palabras.
2. Nombre completo de cada autor.
3. Filiación institucional(es) de cada autor.
4. Información de contacto del autor responsable del manuscrito (correo electrónico, dirección completa, teléfono y ORCID del autor (es)).
5. Resumen en español e inglés, escrito en tiempo pasado, tercera persona y sin exceder 300 palabras. Deberá reflejar completamente el contenido del manuscrito.
6. Contenido del manuscrito.
7. En cuanto a las referencias debe tener al menos cincuenta (50). Los autores son responsables de la exactitud e integridad de las mismas. El estilo será acorde a las normas de Vancouver. Se sugiere consultar <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. La lista de referencias debe ser a 1.5 líneas y colocarse al final de manuscrito. La numeración de las referencias bibliográficas debe ser acorde con el orden al que se hace referencia en el manuscrito (no por orden alfabético) con el número de superíndice. Cualquier fuente inédita y comunicaciones personales no deben incluirse como referencia, sino que deben anotarse en el texto del manuscrito entre paréntesis, al final de la oración que apoyan.
8. Con relación a las consideraciones éticas, debe seguirse lo indicado en el punto 9 de la sección de artículos originales.

Artículos de Innovación para la práctica. Dentro de esta sección pueden ser incluidos manuscritos que den a conocer reflexiones (ensayos), experiencias (estudio de caso) o propuestas originales, innovadoras y/o relevantes dentro del campo de la salud que hayan marcado o contribuido de manera clara y/o determinante en cambios en esta disciplina.

Cartas al editor: Relacionadas a los artículos publicados en la revista o relatos de interés general en el área de la salud. Son comentarios breves. Los autores de artículos objeto del comentario, tendrán derecho de réplica. Hasta 400 palabras, no más de cinco referencias y de acuerdo con el formato Vancouver (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>).

LISTA DE COMPROBACIÓN DE PREPARACIÓN DE ENVÍOS

Como parte del proceso de envío, se requiere que los autores indiquen si su artículo cumple con los siguientes elementos: (De no ser así, el artículo será devuelto)

1. El trabajo a enviar es original e inédito.
2. El artículo a enviar no ha sido publicado anteriormente, ni se ha remitido previamente a otra revista.
3. El texto tiene interlineado doble, tipo de letra Times New Roman, tamaño 11 puntos; título en español e inglés; resumen con extensión máxima de 300 palabras y estructurado de acuerdo con el tipo de manuscrito; palabras clave (de 3 a 10) según MeSH, DeCS o Thesaurus de la Unesco.
4. El texto está estructurado de acuerdo con el tipo de manuscrito.
5. La bibliografía está en norma Vancouver y se ha añadido el número DOI del artículo cuando esté disponible.

CONDICIONES

- Los trabajos que resulten seleccionados para su publicación, no recibirán retribución económica o de cualquier otro tipo. Solo se les entregará una constancia de publicación firmada por el editor, de ser solicitada.
- Para reproducir el material publicado por la revista, el autor requiere autorización expresa del Comité Editorial de la publicación.
- Se utilizará un sistema electrónico para detección de plagio, al enviar el manuscrito los autores aceptan que su trabajo pudiera ser sujeto de escrutinio para detectar plagio de obras previamente publicadas. Los manuscritos que no estén en el formato adecuado serán regresados a los autores para corrección y reenvío antes de ser considerados para el proceso de arbitraje.

NOTA DE DERECHOS DE AUTOR

Los manuscritos enviados a la **REVISTA SALUTA** deben ser originales e inéditos y no deben estar simultáneamente en proceso de publicación en otras revistas, compilaciones o cualquier otro medio de publicación. El contenido de las publicaciones y los enlaces sugeridos en las mismas son responsabilidad absoluta de los autores y no de la **UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA (UMECIT)** ni de la revista SALUTA. Están protegidos por leyes internacionales de derecho de autor al igual que los logos de **UMECIT Y LA REVISTA SALUTA**, de allí que esté totalmente prohibida su reproducción. Los derechos de autor serán de la **UMECIT**.

Bajo una Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas (CC BY-NC-ND) los autores pueden compartir el trabajo con un reconocimiento de la autoría del trabajo y la publicación inicial en esta revista.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones de correo electrónico introducidos en la revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por la misma, y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona. El proceso de revisión es de tipo doble ciego, se realiza de forma anónima y la única persona que conoce las identidades tanto del autor como del revisor es el editor de la revista, quien se encarga de enviar la correspondencia.

ARBITRAJE Y EVALUACIÓN DE LOS TRABAJOS

El proceso de arbitraje y evaluación que se aplica a los artículos presentados es el siguiente:

- Los evaluadores de la **REVISTA SALUTA** pueden ser internos o externos a la institución, nacionales o internacionales. No deben tener conflictos de intereses con los autores de los manuscritos. Si existe alguna duda al respecto, se buscará otro evaluador. Los nombres de los autores y de los evaluadores serán anónimos durante este proceso.
- Los manuscritos recibidos son leídos inicialmente por el editor de la revista. Pueden involucrarse otros editores de ser necesario. (fase de pre arbitraje)
- Los manuscritos cuya escritura no sea clara, cuya información no sea de relevancia o de interés para la audiencia de la revista serán rechazados en la fase de pre arbitraje.
- De ser aprobadas en la primera etapa, serán enviados a los evaluadores en el área para arbitraje por pares. El proceso de revisión es “doble ciego” para que las identidades de los autores y de los árbitros no sean reveladas entre ellos. El objetivo es dar una decisión editorial inicial en un plazo no mayor de 12 semanas.
- Los evaluadores podrán sugerir cambios frente a elementos de carácter teórico, metodológico

y temático de los manuscritos y utilizarán el formato de evaluación de la Revista.

- Los manuscritos aceptados serán editados de acuerdo al formato de estilo de la revista y regresados al autor para aprobación de la versión final.
- Los autores son únicos responsables del contenido de su investigación y las implicaciones que pudiera traer desde el punto de vista jurídico.
- El tiempo total del proceso editorial oscila en al menos ocho y hasta 16 semanas. El proceso detallado es el siguiente:
 1. La versión anónima del manuscrito es enviada a dos árbitros internos o externos, seleccionados por el Editor de acuerdo a la temática.
 2. Los árbitros emiten su dictamen en el Formato de Arbitraje de la revista que contiene tres apartados: el primero evalúa a través de una lista de cotejo los diversos elementos del manuscrito de acuerdo a la selección correspondiente; el segundo son los comentarios y sugerencias para los autores para cada rubro del manuscrito (título, resumen, introducción, etc.); el tercero es la recomendación al Editor para su probable publicación: “Publicable sin modificaciones”; “Publicable con modificaciones”, “No publicable”.
 3. Una vez que los autores reciben el resultado del proceso de arbitraje, así como las recomendaciones de los árbitros evaluadores, cuentan con 15 días para dar respuesta. En caso de no enviarlo dentro de este periodo, el texto se evaluará como un nuevo artículo, a menos que se haya solicitado una prórroga.
 4. Los manuscritos modificados se envían a los árbitros para segunda revisión y emisión del dictamen final.
 5. El Editor toma la decisión final para su publicación o rechazo. En caso de controversia de publicación, el editor solicita un nuevo arbitraje o toma la decisión.
 6. Los autores reciben el dictamen final y se les envía carta de aceptación del artículo por parte del comité editorial.

PAUTAS DE ENVÍO DE LOS TRABAJOS

1. Los trabajos, deben ser entregados por el autor por vía electrónica ingresando a <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta/about/submissions> previo registro como lector y autor. El sistema le dará la opción para subir su artículo para posible publicación.
2. Una vez recibidos los trabajos, se envía acuso de recibo del manuscrito vía correo electrónico al autor.
3. Seguidamente, el Comité Editorial inicia el proceso de revisión, siguiendo los pasos indicados en el punto sobre “Arbitraje y evaluación de los trabajos”.
4. Los trabajos que se reciban en la revista serán arbitrados por especialistas nacionales

y/o internacionales de reconocida trayectoria profesional en sus respectivos campos de investigación. Según las normas de evaluación, los árbitros deberán considerar los siguientes criterios: originalidad, novedad, relevancia, organización interna y de contenido del trabajo, claridad y coherencia del discurso, competencias gramaticales, fundamentación teórica y metodológica, análisis e interpretación de los resultados, actualidad y relevancia de las fuentes consultadas y aportes al conocimiento.

5. El Comité Editorial se reserva el derecho de constatar el cumplimiento de las normas editoriales antes de iniciar el proceso de arbitraje.

TÉRMINOS LEGALES

1. Todos los textos incluidos en la **REVISTA SALUTA** están protegidos por derechos de autor. Conforme a la ley, está prohibida su reproducción por cualquier medio, mecánico o electrónico, sin permiso escrito del autor y los editores.
2. Los autores renuncian al control y a los derechos de publicación de sus manuscritos, cediéndole a la **REVISTA SALUTA** sus derechos patrimoniales, incluyendo la publicación en internet y en medios magnéticos.
3. La responsabilidad de los conceptos que se publiquen son íntegramente del autor y la **REVISTA SALUTA** no asume ninguna por ellos.
4. COPYRIGHT: Los derechos de autor en todas las colaboraciones que sean aceptadas para su publicación permanece con sus autores y la revista sólo adquiere los derechos de su publicación. Los autores quedan en plena libertad de volver a usar su propio material pero si la totalidad o cualquier parte del material publicado son reproducidos en otro sitio, el autor deberá reconocer a la **REVISTA SALUTA** como el sitio original de la publicación.
5. Igualmente, la revista no asume responsabilidad alguna por las posibles violaciones a derechos de terceras personas por el material suministrado por los colaboradores.
6. Lo no previsto en estas normas será resuelto por el Comité Editorial, atendiendo a los intereses de la Revista.

PUBLICATION RULES

SALUTA JOURNAL

FOCUS AND SCOPE

SALUTA journal is a publication in printed and digital format, published twice a year. It is freely accessible and there is no charge for the authors. Its Editorial Committee requires the originality of each manuscript submitted for publication, which are immediately and permanently available to facilitate reading and downloading.

The objective of the journal is the dissemination of research, theoretical and empirical studies, as well as discussions and controversies that are taking place in the field of health sciences.

EDITORIAL POLICY

SALUTA journal covers a broad scientific theme and publishes research articles (clinical, experimental or social sciences related to the health area), review articles, innovation articles for practice and letters to the editor. Relevance is given to quantitative, quantitative and mixed studies as well as those related to diagnostic and epidemiological studies.

Papers must be submitted through the journal's Open Journal System (OJS) platform (<https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta>)

The articles will be submitted to peer review (peer review process) specialists in the field, independent of both the editorial team and the authors. This process is done anonymously and confidentially. For this reason, the parties will not know the identities of the author and the reviewer, respectively, and it is the editorial team that will handle the correspondence between them.

The journal accepts articles in two languages: english and spanish. titles, abstracts and keywords are translated into the second language.

OPEN ACCESS POLICY

SALUTA journal provides immediate free access to its content under the following principle: to make published information freely available to the public and to support a greater exchange of global knowledge.

The publication of the articles has no cost for the authors and access to them is free for the

readers (diamond model of open access).

Articles are published and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial-No Derivative Works (CC BY-NC-ND), non-commercial license, which allows others to distribute and copy the article and include it in a collective work (such as an anthology), provided that the authorship is indicated and that the article is not altered or modified.

DIGITAL PRESERVATION AND SELF-ARCHIVING POLICY

SALUTA journal guarantees the digital preservation of its content through the OJS system and the digital repository of the UMECIT University (REDIUMECIT). Additionally, self-archiving is allowed in the repositories of the institutions to which the authors belong, with the obligation to include in their registry, the URL corresponding to the document within the journal and the respective accreditation of copyright and publisher.

DIGITAL PRESERVATION AND SELF-ARCHIVING POLICY

SALUTA journal guarantees the digital availability of its content through the OJS system and the digital repository of the UMECIT University (REDIUMECIT). In addition, self-archiving is allowed in the repositories of the institutions to which the authors belong, with the obligation to include in their registry, the URL corresponding to the document within the journal and the respective accreditation of copyright and publisher.

ETHICAL POLICIES

All articles that contemplate research on human beings must adhere to the ethical standards emanating from the Declaration of Helsinki and Resolution 8430 of 1993 of the Ministry of Health of Colombia. When it comes to research on animals, Law 84 of 1989 must be taken into account and clean should be referred to the use of appropriate measures to minimize pain. The confidentiality and anonymity of the participants must be kept, so data that allows their identification should not be used. The editors or members of the councils of the periodical publications of the University may request, according to their own criteria or in accordance with the content of the publication, the concept of the Ethics Committee of the University in content that justifies it.

SALUTA journal will establish mechanisms to identify and prevent the publication of works where bad practices such as plagiarism, falsification of data, among others, are identified. In this aspect, the flow diagrams implemented by COPE will be taken into account.

SOURCES OF FUNDING

SALUTA journal is financed by the Metropolitan University of Education, Science and Technology of the Republic of Panama.

GUIDELINES FOR AUTHORS

1. The manuscript must contain the name and surname of the author or authors, indicating their institutional rank, work center, country of origin, and email address (essential) and ORCID. Additionally, you must attach a passport size photograph in digital format of the author or authors
2. Authors submit their manuscripts with the understanding that the work has not been previously published in print or electronic form and is not under consideration for publication in any medium. An electronic system will be used for plagiarism detection, therefore, when submitting the manuscript, the authors accept that their work could be subject to scrutiny to detect plagiarism of previously published works. Manuscripts that are not in the proper format will be returned to the authors for correction and resubmission before being considered for the arbitration process.
3. The works will be presented in Spanish or English, given the international nature of the journal. The summary must also be translated into English if it is written in Spanish. The extension will oscillate between two hundred (200) and three hundred (300) words; It must also contain between three (3) and ten (10) keywords according to MeSH, DeCS or the Unesco Thesaurus, which must also be translated into English on the abstract page. The accepted extension will be between 10 and 20 pages (this criterion is flexible within certain limits), with Times New Roman font, size 12 points.
4. In the writing, a formal, simple and direct language must be used, avoiding as far as possible the use of unusual, rhetorical or ambiguous expressions, as well as the excess and abuse of quotes. The work must be submitted with reasonably acceptable writing, punctuation, spelling, and typing. If the work has problems of any kind, the pertinent observations will be made and it will be returned to its author for correction.
5. The document must be written in the third person or in the infinitive, except for the works under the qualitative approach or the written production that corresponds to works of dissemination or other knowledge, in which the total or partial writing in the first person will be allowed, according to the author's style.
6. In the main text, the excessive or inappropriate use of bold, italic or italic fonts should be avoided, except for Latin terms and foreign words that should appear in italics or italics.
7. The first time an abbreviation is used, it must be in parentheses, from then on, only the abbreviation will be used.

8. In case the work has tables, figures or graphs, they must be numbered according to the order in which they appear in the text, with Arabic numerals, followed by a brief title. At the end the source must be indicated.
9. Citations must appear in the text in the following format: last name/s, followed by the year in parentheses; or surname(s) followed by a comma and year, all in parentheses. Example: Barrientos (2015); (Barrientos, 2015). Likewise, they must appear in the list of bibliographical references at the end of the work (and vice versa). Note carefully that all references are marked, that the spelling of authors' names is correct, and that the dates given in the text are the same as those in the references.
10. This set of regulations may present variations over time, therefore, the changes made to it will be published on a date according to their implementation.
11. Bibliographical references must be written in alphabetical order by the last name of the (first) author and in hanging indentation. Multiple references by the same author (or identical group of authors) are ordered by year of publication. If the year of publication is also the same, differentiate them by writing a letter a, b, c, etc., after the year, a format that will be used in the same way in the citations. For these aspects, the Vancouver standards should be used.
12. The editorial committee will always respect the author's theoretical orientation. What will be evaluated is the coherence, originality, contribution to the discipline, clarity and logic of the work.

TYPES OF SCIENTIFIC PRODUCTION IN THE JOURNAL

SALUTA journal publishes research articles (clinical, experimental, or social sciences related to the area of health), review articles, case presentations, and letters to the editor.

Likewise, the magazine will include analyzes and opinions of experts of recognized national and international prestige on medical education. It will cover all levels of medical education: undergraduate, postgraduate, and continuing professional development, in order to analyze experiences and stimulate new currents of thought in the field of medical education.

Research articles: are productions with a primary category such as: empirical or epidemiological research reports, original and unpublished, in which health problems, rehabilitation, psychology or research in basic sciences in the area of health are addressed. Likewise, research that addresses health problems from the theories and methods of the social sciences in an interdisciplinary way (history, sociology, anthropology, philosophy, cultural, science and gender studies).

Research developed from quantitative, qualitative or mixed approaches is accepted. All manuscripts must make it clear how the findings advance understanding of the topic studied.

Research articles must have the following structure:

1. Main title of the manuscript in Spanish and English of up to 15 words.
2. Full name of each author(s) with passport-size photo, white background.
3. Institutional affiliation(s) of each author, as well as their academic degrees and position held in the institution of origin.
4. Contact information of the author responsible for the manuscript (email, full address, telephone number and ORCID of the author(s)).
5. Abstract in Spanish and English, written in the past tense, third person, and not exceeding 300 words.
6. Introduction, Objective, Method, Results (expressed quantitatively, qualitatively or mixed, as applicable).
7. Conclusions.
8. Bibliographic references. As for the References, the authors are responsible for their accuracy and completeness. The style will be according to Vancouver standards. It is suggested to consult <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. The reference list should be 1.5 lines long and placed at the end of the manuscript. The numbering of the bibliographic references must be in accordance with the order referred to in the manuscript (not in alphabetical order) with the number in superscript and without parentheses. Any unpublished sources and personal communications should not be included as references but should be noted in the text of the manuscript in parentheses, at the end of the sentence they support.
9. It is essential that at the end of the Method section, a small section entitled “Ethical Considerations” be included, in which they must explain what concerns the Informed Consent and indicate if any ethical protocol was followed in the institution where the study was carried out, also if all the participants were aware of the purpose of the research and if their participation was voluntary. All papers involving research in human beings must follow the principles outlined in the Declaration of Helsinki of the World Medical Association <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html> and the authors must confirm, where necessary, that informed consent was obtained. Authors should seek approval from the appropriate body at their institution, such as Research or Ethics Committees, for research in education. Care must be taken that there is no potential harm to the students or teachers who participate in the work and the anonymity of the participants must be guaranteed.

10. As for the References, the authors are responsible for their accuracy and completeness. The style will be according to Vancouver standards. It is suggested to consult <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. The reference list should be 1.5 lines long and placed at the end of the manuscript. The numbering of the bibliographic references must be in accordance with the order referred to in the manuscript (not in alphabetical order) with the number in superscript and without parentheses. Any unpublished sources and personal communications should not be included as references but should be noted in the text of the manuscript in parentheses, at the end of the sentence they support.

Review articles: It is a manuscript whose purpose is to advance the understanding of a particular topic, beyond a mere summary of the relevant literature. They are studies and critical analyzes of recent literature relevant to a topic in the area of health, together with the author's points of view on said topic. You must have an extensive bibliographic review of at least fifty (50) references.

Review articles should have the following structure:

1. Title of the manuscript in English and Spanish of up to 15 words.
2. Full name of each author.
3. Institutional affiliation(s) of each author.
4. Contact information of the author responsible for the manuscript (email, full address, telephone number and ORCID of the author(s)).
5. Summary in Spanish and English, written in the past tense, third person and not exceeding 300 words. It should fully reflect the content of the manuscript.
6. Content of the manuscript.
7. As for references, you must have at least fifty (50). The authors are responsible for their accuracy and completeness. The style will be according to Vancouver standards. It is suggested to consult <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. The list of references should be 1.5 lines long and placed at the end of the manuscript. The numbering of the bibliographical references must be in accordance with the order referred to in the manuscript (not in alphabetical order) with the superscript number. Any unpublished sources and personal communications should not be included for reference, but should be noted in the text of the manuscript in parentheses, at the end of the sentence they support.
8. In relation to ethical considerations, what is indicated in point 9 of the original articles section must be followed.

Innovation articles for practice. Within this section may be included manuscripts that disclose reflections (essays), experiences (case study) or original, innovative and/or relevant proposals within the field of health that have marked or contributed in a clear and/or decisive way. in changes in this discipline.

Letters to the editor: Related to articles published in the journal or stories of general interest in the area of health. They are short comments. The authors of articles subject to comment will have the right of reply. Up to 400 words, no more than five references, and in accordance with the Vancouver format (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>).

SHIPMENT PREPARATION CHECKLIST

As part of the submission process, authors are required to indicate whether their article meets the following elements: (If not, the article will be returned)

1. The work to be sent is original and unpublished.
2. The article to be sent has not been previously published, nor has it been previously submitted to another journal.
3. The text has double spacing, Times New Roman font, size 11 points; title in Spanish and English; abstract with a maximum length of 300 words and structured according to the type of manuscript; keywords (from 3 to 10) according to MeSH, DeCS or Unesco Thesaurus.
4. The text is structured according to the type of manuscript.
5. The bibliography is in Vancouver standard and the DOI number of the article has been added when available.

TERMS

- The works that are selected for publication will not receive financial compensation or any other type. They will only be given a proof of publication signed by the editor, if requested.
- To reproduce the material published by the journal, the author requires express authorization from the Editorial Committee of the publication.
- An electronic system will be used for plagiarism detection. By submitting the manuscript, the authors accept that their work could be subject to scrutiny to detect plagiarism of previously published works. Manuscripts that are not in the proper format will be returned to the authors for correction and resubmission before being considered for the arbitration process.

COPYRIGHT NOTE

Manuscripts sent to **SALUTA** journal must be original and unpublished and must not be simultaneously in the process of being published in other journals, compilations or any other means of publication. The content of the publications and the links suggested therein are the sole responsibility of the authors and not of the **METROPOLITAN UNIVERSITY OF EDUCATION, SCIENCE AND TECHNOLOGY (UMECIT)** or **SALUTA** journal. They are protected by international copyright laws in the same way as the **UMECIT AND SALUTA** journal logos, hence their reproduction is totally prohibited. Copyright will belong to **UMECIT**.

Under a Creative Commons Attribution-Noncommercial-No Derivative Works (CC BY-NC-ND) authors may share the work with an acknowledgment of the work's authorship and initial publication in this journal.

PRIVACY STATEMENT

The names and email addresses entered in the journal will be used exclusively for the stated purposes of the journal, and will not be made available for any other purpose or person. The review process is double-blind, it is done anonymously and the only person who knows the identities of both the author and the reviewer is the editor of the journal, who is in charge of sending the correspondence.

ARBITRATION AND EVALUATION OF THE WORKS

The arbitration and evaluation process that applies to the articles presented is as follows:

- The evaluators of **SALUTA** journal can be internal or external to the institution, national or international. They must not have conflicts of interest with the authors of the manuscripts. If there is any doubt about this, another evaluator will be sought. The names of the authors and evaluators will be anonymous during this process.
- Received manuscripts are initially read by the journal editor. Other editors can be involved if necessary. (pre-arbitration phase)
- Manuscripts whose writing is not clear, whose information is not relevant or of interest to the journal's audience will be rejected in the pre-arbitration phase.
- If approved in the first stage, they will be sent to the evaluators in the area for peer review. The review process is "double blind" so that the identities of the authors and referees are not revealed to each other. The goal is to give an initial editorial decision within a period of no more than 12 weeks.
- The evaluators may suggest changes to elements of a theoretical, methodological and

thematic nature of the manuscripts and will use the evaluation format of the Journal.

- Accepted manuscripts will be edited according to the style format of the journal and returned to the author for approval of the final version.
- The authors are solely responsible for the content of their research and the implications that it could bring from the legal point of view.
- The total time of the editorial process ranges from at least eight to 16 weeks. The detailed process is as follows:
 1. The anonymous version of the manuscript is sent to two internal or external referees, selected by the Editor according to the theme.
 2. The referees issue their opinion in the journal's Arbitration Form, which contains three sections: the first evaluates the various elements of the manuscript through a checklist according to the corresponding selection; the second is the comments and suggestions for the authors for each item of the manuscript (title, abstract, introduction, etc.); the third is the recommendation to the Editor for its probable publication: "Publishable without modifications"; "Publishable with modifications", "Not publishable".
 3. Once the authors receive the result of the arbitration process, as well as the recommendations of the evaluating referees, they have 15 days to respond. In case of not sending it within this period, the text will be evaluated as a new article, unless an extension has been requested.
 4. The modified manuscripts are sent to the referees for second review and issuance of the final opinion.
 5. The Editor makes the final decision for publication or rejection. In case of publication controversy, the publisher requests a new arbitration or makes the decision.
 6. The authors receive the final opinion and are sent a letter of acceptance of the article by the editorial committee.

WORK SUBMISSION GUIDELINES

1. The works must be submitted by the author electronically by entering <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta/about/submissions> after registering as reader and author. The system will give you the option to upload your article for possible publication.
2. Once the works are received, an acknowledgment of receipt of the manuscript is sent via email to the author.
3. Next, the Editorial Committee begins the review process, following the steps indicated in the point on "Refereeing and evaluation of the works".
4. The papers received in the journal will be arbitrated by national and/or international

specialists with recognized professional experience in their respective fields of research. According to the evaluation standards, the referees must consider the following criteria: originality, novelty, relevance, internal and content organization of the work, clarity and coherence of the discourse, grammatical skills, theoretical and methodological foundation, analysis and interpretation of the results, topicality and relevance of the sources consulted and contributions to knowledge.

5. The Editorial Committee reserves the right to verify compliance with the editorial rules before starting the arbitration process.

LEGAL TERMS

1. All the texts included in **SALUTA** journal are protected by copyright. Reproduction by any means, mechanical or electronic, without written permission from the author and publishers is prohibited by law.
2. The authors relinquish control and the publication rights of their manuscripts, transferring their proprietary rights to **SALUTA** journal, including publication on the internet and in magnetic media.
3. Responsibility for the concepts published are entirely the author's and **SALUTA** journal does not assume any responsibility for them.
4. **COPYRIGHT:** The copyright in all collaborations that are accepted for publication remains with their authors and the journal only acquires the rights of their publication. Authors are free to reuse their own material but if all or any part of the published material is reproduced elsewhere, the author must acknowledge **SALUTA** journal as the original site of publication.
5. Likewise, the magazine does not assume any responsibility for possible violations of the rights of third parties due to the material provided by the collaborators.
6. What is not foreseen in these norms will be resolved by the Editorial Committee, attending to the interests of the Journal.

saluta



**SEDE PRINCIPAL: EDIFICIO FUNDADORES, VÍA SIMÓN BOLÍVAR, A UN COSTADO DEL PUENTE ELVADO, A LADO DE CAFÉ DURÁN.
TEL. 264-9908 / 263-6356**

SEDE A VÍA VENETTO
395-7383

SEDE B POSTGRADOS Y MAESTRÍAS
253-2519

SEDE LA CHORRERA
254-1141

VILLA ZAÍTA
302-0655

SEDE CHITRÉ
996-4260

SEDE SANTIAGO
998-0363



www.umecit.edu.pa

revistas.umecit.edu.pa

correo: saluta@umecit.edu.pa