



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA



**ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LOS APORTES DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA
DEL 2020 AL 2025**

Autores

Brian Mendoza

4-771-1196

Yesenia Séptimo

4-754-1223

Asesora

Mayra Vega

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

REPÚBLICA DE PANAMÁ

DAVID, CHIRIQUÍ

2026

DECLARACIÓN JURADA

Nosotros, **YESENIA SÉPTIMO** con cédula de identidad número **4-754-1223** y **BRIAN MENDOZA** con cédula de identidad número **4-771-1196**, estudiantes del programa de Maestría en Enfermería Pediátrica, autores del trabajo de grado titulado **"ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LOS APORTES DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL 2020 AL 2025"**, declaramos que el contenido, en su totalidad, es de nuestra exclusiva responsabilidad y autoría razón por la cual exoneramos a la Universidad Autónoma de Chiriquí de cualquier responsabilidad relacionada con este aspecto.

República de Panamá. David, Chiriquí. Marzo de 2026.

Yesenia Séptimo

4-754-1223

Brian Mendoza

4-771-1196

ASESORA

JURADO

JURADO

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarme la fortaleza y la claridad mental necesarias para culminar este proceso de investigación.

A mi amada esposa, por ser mi apoyo incondicional, mi refugio en los momentos de agotamiento y la motivación principal para superar cada reto académico; sin su paciencia y comprensión, este camino habría sido mucho más difícil.

A mi tutora y asesores, quienes con su guía experta me permitieron profundizar en el análisis de la enfermería pediátrica, resaltando su valor fundamental en la promoción de la salud dentro de la atención primaria.

A todos los profesionales de la salud que, con su labor diaria, transforman la realidad de la infancia, inspirándome a documentar sus valiosos aportes.

A mi familia y amigos por creer siempre en mi capacidad y por celebrar conmigo cada pequeño avance hasta llegar a esta meta profesional.

Gracias totales

Brian

A Dios, por ser mi guía y fortaleza en cada paso de este camino, por brindarme sabiduría, paciencia y la oportunidad de culminar esta importante etapa de mi vida profesional.

A mi madre, por su amor incondicional, sus enseñanzas y su apoyo constante, por ser mi ejemplo de lucha, dedicación y entrega, y por impulsarme siempre a seguir adelante aun en los momentos más difíciles.

A mi esposo, por su comprensión, paciencia y apoyo inquebrantable durante todo este proceso, por creer en mí incluso cuando las fuerzas parecían agotarse, y por ser mi compañero fiel en cada desafío.

A mis hijos, quienes son mi mayor inspiración y motivación, por su amor sincero, su ternura y por ser la razón que me impulsa a superarme cada día, aun cuando el tiempo compartido tuvo que sacrificarse.

A cada uno de ustedes, gracias por acompañarme en este camino, por sus palabras de aliento, su confianza y su amor, que fueron fundamentales para alcanzar esta meta. Gracias por estar siempre a mi lado, iluminando mi camino y dándome fuerzas para seguir adelante. Este logro también les pertenece, ya que sin su apoyo y comprensión no habría sido posible llegar hasta aquí. Hoy culmino una etapa, pero también inicio nuevos retos, llevando conmigo todo el aprendizaje, el esfuerzo y el amor que ustedes me brindaron. Mi eterno agradecimiento.

Yesenia

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación, fruto de innumerables horas de estudio y dedicación, a los pilares fundamentales de mi vida. En primer lugar, a mi esposa, quien con su amor incondicional, paciencia infinita y apoyo constante, ha sido el motor que me impulsó a no desfallecer en los momentos de mayor exigencia académica; este logro es tanto mío como suyo.

A mis padres, por haberme inculcado el valor de la disciplina y el servicio a los demás, cimientos que hoy sostienen mi carrera profesional.

A los niños y sus familias, quienes son la razón de ser de la enfermería pediátrica.

A todos los profesionales de la salud que trabajan incansablemente en la atención primaria. Que estas páginas sirvan como un humilde tributo a su labor de promoción de la salud, recordándonos siempre que el cuidado humanizado y preventivo es la base para construir un futuro más saludable para las próximas generaciones.

Brian

A Dios, por ser la luz que guía mi camino y la fuente inagotable de fortaleza en cada paso que doy, por darme la vida, la vocación de servicio y la oportunidad de culminar esta etapa tan importante.

A mi madre, quien con su amor, sacrificio y ejemplo ha sido el pilar fundamental de mi vida, enseñándome el valor del esfuerzo, la perseverancia y la fe en los momentos más difíciles.

A mi esposo, por su amor incondicional, su paciencia y su apoyo constante, por acompañarme en cada desafío y por ser mi sostén en los días de cansancio y duda.

A mis hijos, quienes son la razón de mi lucha y superación, por su comprensión, ternura y amor sincero, por ser mi inspiración para seguir creciendo personal y profesionalmente.

A ustedes, que han estado presentes en cada momento de este proceso, brindándome palabras de aliento, confianza y motivación para no rendirme. Este logro no es solo mío, sino también de cada uno de ustedes, quienes han sido parte fundamental en este camino de aprendizaje y dedicación.

A mi familia, por ser mi refugio, mi fuerza y mi mayor bendición. Con profundo amor, respeto y gratitud, Gracias por ser parte esencial de mi vida y de este importante logro.

Yesenia

TABLA DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN JURADA	ii
AGRADECIMIENTOS	iv
DEDICATORIA	vi
TABLA DE CONTENIDOS	viii
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE FIGURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES DE LA TESIS	xvii
1.1 Antecedentes del problema	18
1.2 Situación actual	21
1.2.1 Planteamiento del problema	23
1.3 Objetivos	24
1.3.1 Objetivo general	24
1.3.2 Objetivos específicos	24
1.4 Delimitación, alcance y cobertura	25
1.4.1 Delimitación	25
1.4.2 Alcance	26
1.4.3 Cobertura	26
1.5 Restricciones y limitaciones	27
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	28
2.1 Promoción de la Salud	29

2.1.1 Evolución histórica de la Promoción de la Salud	31
2.1.2 Componentes clave de la promoción de la salud	32
2.1.3 Políticas públicas en Promoción de la Salud	33
2.1.3.1 Acción comunitaria y promoción de la salud	36
2.1.3.2 Desarrollo de habilidades personales y alfabetización en salud	37
2.1.3.3 Reorientación de los servicios de salud en promoción de la salud.....	38
2.1.3.4 Intersectorialidad y gobernanza para la salud	38
2.1.3.5 La prevención y su relación con la promoción de la salud	39
2.1.4 Modelos y teorías de la promoción de la salud.....	40
2.1.4.1 Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender	40
2.1.4.2 Modelo de Promoción de la Salud de Tannahill	41
2.1.5 Otros modelos y teorías relacionadas a la promoción de la salud	42
2.1.5.1 Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model)	42
2.1.5.2 Modelo de Orem o Teoría del Déficit de Autocuidado	43
2.1.5.3 Modelo de Adaptación de Roy	44
2.1.5.4 Modelo de Determinantes Sociales de la Salud	45
2.1.5.5 Modelo de Empoderamiento en Salud	46
2.1.6 Aportes de la enfermería pediátrica a la promoción de la salud.....	47
2.1.6.1 Rol de la enfermera pediátrica en la promoción de la salud	49
2.2 Atención primaria en salud.....	51
2.2.1 Fundamentos y principios de la Atención primaria en salud	52
2.2.2 Rol de la enfermería pediátrica en la Atención primaria de salud	54
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	60
3.1 Tipo de investigación	61
3.1.1 Según su enfoque	61

3.1.2 Según su diseño	62
3.1.3 Según su alcance.....	63
3.2 Sujetos, entorno o fuente de información.....	64
3.2.1 Población	64
3.2.2 Muestra	66
3.3 Criterios de inclusión y exclusión	72
3.3.1 Criterios de inclusión	72
3.3.2 Criterios de exclusión	73
3.4 Métodos e instrumentos de investigación	74
3.5 Validez y confiabilidad	75
3.6 Tratamiento de la información.....	78
3.6.1 Categorías de análisis.....	80
3.6.2 Unidades de análisis	81
3.7 Aspectos éticos.....	85
CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	86
CONCLUSIONES	116
RECOMENDACIONES	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
ANEXOS	125
Anexo 1. Población de artículos según autor tras el primer cribado.....	126
Anexo 2. Matriz de recolección de datos	129
Anexo 3. Matriz de triangulación de análisis	136
Anexo 4. Resultados de valoración de la calidad metodológica.....	137

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 <i>Muestra de artículos seleccionados</i>	66
Tabla 2 <i>Número de artículos según el país</i>	69
Tabla 4 <i>Categorías de análisis y significados</i>	81
Tabla 5 <i>Unidades de categorías, subcategoría indicadores</i>	82
Tabla 6. <i>Aportes de la enfermería pediátrica en la promoción de la salud en la atención primaria</i>	88
Tabla 7. <i>Modelos de promoción de la salud para atención de población pediátrica.</i> ..	95
Tabla 8. <i>Semejanzas y diferencias de la promoción de la salud en atención primaria de la población pediátrica en los diversos contextos revisados.</i>	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 <i>Principios de la Atención Primaria de la Salud</i>	53
Figura 2 <i>Origen de los artículos analizados</i>	70
Figura 3. <i>Peso metodológico de la muestra de los artículos seleccionados</i>	71
Figura 4 <i>Diagrama PRISMA</i>	77
Figura 5. <i>Aportes de enfermería pediátrica a la promoción de la salud en APS</i>	90
Figura 6. <i>Modelo de promoción de la salud para atención de población pediátrica</i> ..	99
Figura 7. <i>Semejanzas y Diferencias de la Promoción de la salud pediátrica en APS según contextos</i>	109

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los aportes de la enfermería pediátrica a la promoción de la salud en atención primaria para la población pediátrica, a partir de la evidencia científica publicada entre 2020 y 2025. Se desarrolló una investigación de enfoque documental, mediante búsqueda, selección y análisis de artículos en bases de datos y fuentes académicas, aplicando criterios de inclusión y exclusión para depurar la información. La muestra final estuvo conformada por 18 artículos, organizados mediante triangulación por objetivos específicos. Los hallazgos evidencian que los aportes de la enfermería pediátrica en atención primaria se concentran en la educación sanitaria planificada, el seguimiento preventivo del niño sano, la continuidad del cuidado centrado en la familia y la prevención de eventos evitables. Asimismo, se identificaron modelos de promoción de la salud agrupables en enfoques conceptuales, organizacionales y operativos/intersectoriales, destacando la importancia de la coordinación del servicio, roles definidos y articulación con escuela y comunidad para sostener cambios. Finalmente, la comparación entre contextos mostró semejanzas consistentes (educación, enfoque familiar y adaptación al entorno), pero también diferencias relevantes según el escenario (clínico, escolar o comunitario), las condiciones institucionales, la innovación disponible y situaciones especiales como crisis sanitarias, así como determinantes sociales que influyen con mayor fuerza en adolescencia. Se concluye que la efectividad de la promoción depende tanto de competencias profesionales como de condiciones organizativas que garanticen continuidad, pertinencia contextual y trabajo intersectorial en el primer nivel.

Palabras clave: enfermería pediátrica; promoción de la salud; atención primaria; modelo de atención; población pediátrica.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the contributions of pediatric nursing to health promotion in primary care for the pediatric population, based on scientific evidence published between 2020 and 2025. A documentary research approach was used, involving the search, selection, and analysis of articles from academic databases and scholarly sources. Inclusion and exclusion criteria were applied to refine the information. The final sample comprised 18 articles, organized through objective-based triangulation. Findings indicate that pediatric nursing contributions in primary care mainly involve planned health education, preventive follow-up of well-child care, family-centered continuity of care, and the prevention of avoidable events. In addition, health promotion models were identified and grouped into conceptual, organizational, and operational/intersectoral approaches, highlighting the importance of service coordination, clearly defined roles, and collaboration with schools and communities to sustain change. Finally, cross-context comparison revealed consistent similarities (health education, a family-centered approach, and adaptation to the environment) alongside meaningful differences depending on the setting (clinical, school-based, or community-based), institutional conditions, available innovation, and special situations such as health crises, as well as social determinants that exert a stronger influence during adolescence. It is concluded that the effectiveness of health promotion depends both on professional competencies and on organizational conditions that ensure continuity, contextual relevance, and intersectoral work at the primary care level.

Keywords: pediatric nursing; health promotion; primary care; care model; pediatric population.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, la promoción de la salud ha adquirido una importancia creciente dentro de las políticas sanitarias debido a su capacidad para anticiparse a la enfermedad y favorecer mejores condiciones de vida para la población. El incremento de las enfermedades crónicas, el envejecimiento poblacional y las persistentes desigualdades en el acceso a los servicios de salud han puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer las acciones preventivas y de desarrollar estrategias orientadas a la educación y al autocuidado. En este escenario, la atención primaria se ha consolidado como el espacio idóneo para implementar intervenciones de promoción de la salud, ya que permite un acercamiento directo a las personas, las familias y las comunidades.

Dentro de este contexto, la enfermería ocupa una posición particularmente relevante. La naturaleza de su práctica profesional le permite mantener una relación continua con la población, identificar necesidades de salud, desarrollar actividades educativas y participar activamente en la prevención de enfermedades y en el fortalecimiento de conductas saludables. La evidencia científica producida en los últimos años muestra que las intervenciones lideradas por profesionales de enfermería han contribuido de manera significativa al mejoramiento de la calidad de vida, al incremento de la adherencia a tratamientos y al empoderamiento de las comunidades en el cuidado de su propia salud.

Partiendo de estas consideraciones, la presente investigación tuvo como propósito analizar los aportes de la enfermería en la promoción de la salud desde la

atención primaria, mediante una revisión sistemática de la literatura científica reciente. La recopilación y análisis de las investigaciones disponibles permiten disponer de una visión integral sobre las funciones desempeñadas por la enfermería, las estrategias implementadas y los desafíos que aún persisten para el fortalecimiento de su práctica en el primer nivel de atención.

La investigación se encuentra organizada en cinco capítulos. El primer capítulo presenta el planteamiento del problema, los antecedentes relacionados con el objeto de estudio, la formulación de las preguntas de investigación, los objetivos que orientan el trabajo, así como la justificación, el alcance y las delimitaciones consideradas para su desarrollo.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico. En este apartado se exponen los principales fundamentos conceptuales relacionados con la promoción de la salud y la atención primaria, se aborda la evolución histórica de estos conceptos y se analiza el papel de la enfermería en las acciones de promoción y prevención. Asimismo, se incorporan los principales modelos teóricos, las estrategias de intervención identificadas en la literatura y los desafíos que enfrenta actualmente la profesión en este ámbito.

El tercer capítulo contiene el diseño metodológico de la investigación. Se describen el enfoque y tipo de estudio, los criterios utilizados para la búsqueda y selección de la evidencia científica, las bases de datos consultadas, el procedimiento

de revisión y análisis de la información, así como las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo de la investigación.

El cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos a partir del análisis de los estudios seleccionados. Los hallazgos se organizan en categorías temáticas que permiten identificar las principales contribuciones de la enfermería en la promoción de la salud, las estrategias utilizadas en la atención primaria, los modelos conceptuales empleados y las innovaciones reportadas por la literatura científica.

Finalmente, el quinto capítulo reúne las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación. En este apartado se sintetizan los principales hallazgos, se destacan las implicaciones de los resultados para la práctica de enfermería y se plantean orientaciones dirigidas al fortalecimiento de la promoción de la salud y al desarrollo de futuras investigaciones en el área.

CAPÍTULO I
ASPECTOS GENERALES DE LA TESIS

1.1 Antecedentes del problema

La promoción de la salud constituye uno de los pilares de la atención primaria, ya que requiere intervenciones adaptadas a cada etapa del desarrollo infantil, la participación activa de la familia o de los cuidadores y la utilización de indicadores validados para la valoración de la población pediátrica. En este sentido, Bernedo-García et al. (2023) destacan la necesidad de implementar estrategias diferenciadas que respondan a las características propias de cada momento del curso de vida. Desde esta perspectiva, la enfermería pediátrica desempeña un papel fundamental al integrar acciones asistenciales y educativas en diversos escenarios, como el hogar, la escuela, la consulta y la comunidad.

Las intervenciones comprenden el seguimiento del crecimiento y desarrollo mediante percentiles y puntuaciones Z, la educación orientada al autocuidado, la prevención de lesiones, el cumplimiento del esquema de inmunización y la promoción de una administración segura de los medicamentos, considerando la dosificación ajustada al peso corporal (mg/kg). En concordancia con estos planteamientos, el presente estudio adopta como fundamento teórico el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (HPM), debido a que ofrece un marco conceptual sólido para comprender los comportamientos relacionados con la salud y mantiene una estrecha correspondencia con la práctica profesional de enfermería.

Según Ramos-López et al. (2023), el HPM plantea que la conducta promotora resulta de la interacción entre experiencias previas, percepciones (beneficios, barreras, autoeficacia), afectos relacionados con la acción e influencias

interpersonales y situacionales, que culminan con el compromiso de un plan de acción susceptible que puede estar afectado por las demandas y el compromiso de los cuidadores sea padre, madre u otros adultos.

En pediatría, el modelo de PS antes mencionado se expresa en dos niveles complementarios: en el niño/adolescente, (la autoeficacia para higiene, actividad física, entre otros), adherencia escolar, y en el cuidador (creencias sobre vacunas, percepción de barreras logísticas, alfabetización en salud), lo que obliga a medir ambos planos y su interacción.

Entre 2020 y 2025, la literatura reporta intervenciones enfermeras desde la perspectiva de Pender, moviliza beneficios percibidos, mensajes sobre impacto del Programa Ampliado de Inmunización y hábitos saludables, además reducen barreras como recordatorios, acercamiento de servicios, materiales adaptados, y fortalecen autoeficacia con demostraciones, práctica guiada. También aprovechan influencias interpersonales en la familia, los pares y docentes y adaptan el entorno (aula y hogar promotores de salud).

Según Murdaugh et al (2019), los resultados de la PS por la enfermera pediátrica incluyen mejoras en coberturas de inmunización, alfabetización familiar, hábitos de alimentación y actividad física, uso de escalas pediátricas y seguridad en intervenciones mg/kg. Sin embargo, persisten, de acuerdo con Ramos-López et al. (2023), brechas como la variabilidad en el uso rutinario de instrumentos pediátricos,

tiempos clínicos limitados, registros no estandarizados y escasa estratificación por grupos etarios.

En América Latina, la aplicación de las estrategias de promoción de la salud está influenciada por diversos determinantes sociales, así como por las diferencias existentes en la organización de la Atención Primaria de Salud (APS) entre los distintos países y sistemas sanitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2020).. Frente a esta realidad, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender constituye una herramienta útil para comprender qué factores, percepciones y formas de apoyo requieren fortalecerse tanto en niños y adolescentes como en sus familias o cuidadores. Asimismo, permite orientar las intervenciones de enfermería hacia la creación de entornos más favorables en espacios como el hogar, la escuela y la consulta, favoreciendo el compromiso con prácticas de cuidado que puedan mantenerse a lo largo del tiempo.

A pesar de los avances alcanzados en este campo, gran parte de la literatura continúa abordando al niño desde perspectivas parciales, privilegiando determinados aspectos de su salud sin integrar de manera suficiente las dimensiones biológica, psicológica, social y educativa que intervienen en su desarrollo. Ante esta situación, la presente investigación se propone sintetizar la producción científica publicada entre 2020 y 2025 sobre las contribuciones de la enfermería pediátrica a la promoción de la salud en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Para ello, se analizarán las intervenciones reportadas a la luz de los constructos del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, identificando los determinantes que son objeto de intervención,

los instrumentos empleados para evaluar los cambios en la población pediátrica y los resultados obtenidos según el grupo etario y el contexto de aplicación, ya sea el hogar, la escuela, la consulta o la comunidad. Esta revisión permitirá ofrecer una visión integral del aporte de la enfermería pediátrica y generar evidencia que contribuya al diseño de programas con enfoque de curso de vida, fortaleciendo una práctica profesional sustentada en la evidencia y orientada a comprender al niño, niña y adolescente en estrecha relación con su familia y el entorno donde se desarrolla.

1.2 Situación actual

La promoción de la salud en la población pediátrica requiere un abordaje acorde con cada etapa del desarrollo, ya que las necesidades, los factores de riesgo y las oportunidades de intervención difieren de las observadas en la población adulta. Por esta razón, la evaluación de los resultados debe apoyarse en instrumentos específicamente validados para niñas, niños y adolescentes, garantizando que las mediciones respondan a las particularidades de este grupo etario (World Health Organization, 2020).

En el contexto de la Atención Primaria de la Salud (APS), la enfermería pediátrica desarrolla intervenciones en escenarios como el hogar, la escuela, la consulta y la comunidad. Entre ellas se encuentran el seguimiento del crecimiento mediante el Índice de Masa Corporal (IMC) y el puntaje Z (z-score), la continuidad del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la realización de tamizajes del desarrollo, la educación para la salud dirigida a las familias y la verificación de la dosificación de medicamentos según el peso corporal (mg/kg), cuando esta resulta necesaria, según

Lukewich et al., (2022). Debido a su carácter preventivo y promocional, estas acciones deberían reflejarse en mejoras objetivas relacionadas con la alfabetización en salud, la adherencia de los cuidadores a las recomendaciones, la seguridad clínica y el estado de salud de niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, la producción científica publicada entre 2020 y 2025 muestra resultados dispersos, con diferencias importantes en los grupos de edad estudiados, los contextos donde se implementan las intervenciones y los indicadores utilizados para evaluar sus efectos.

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender plantea que la adopción y el mantenimiento de conductas saludables están influenciados por diversos factores, entre ellos los beneficios y las barreras percibidas, la autoeficacia, las emociones asociadas a la conducta, las influencias interpersonales y situacionales, así como el compromiso con un plan de acción que debe competir con las exigencias de la vida cotidiana (Choez et al., 2023; Cirer et al., 2022; Cruz Villegas et al., 2022; M. G. dos Santos et al., 2025). En la población pediátrica, estos elementos involucran tanto al niño o adolescente como a la persona responsable de su cuidado. Mientras los primeros desarrollan capacidades para asumir prácticas relacionadas con la higiene, la actividad física o la asistencia a los controles de salud, los cuidadores enfrentan factores vinculados con sus creencias, el acceso a los servicios, la alfabetización en salud y las redes de apoyo disponibles. En consecuencia, la intervención de enfermería debe considerar simultáneamente ambos niveles y favorecer condiciones adecuadas en los espacios donde transcurre la vida cotidiana del menor, como el hogar, la escuela y los servicios de salud.

A pesar de ello, una proporción importante de las investigaciones recientes describe las actividades realizadas y los resultados obtenidos sin establecer una relación clara entre las intervenciones y los constructos del Modelo de Promoción de la Salud que pretendían modificar. Del mismo modo, con frecuencia no se especifican los instrumentos pediátricos empleados para valorar los cambios alcanzados. Esta falta de uniformidad limita la comparación entre estudios, dificulta la estandarización de los registros y reduce las posibilidades de trasladar la evidencia generada a la práctica cotidiana de la Atención Primaria de la Salud.

La necesidad de una síntesis centrada en población pediátrica conformada por niñas, niños y adolescentes, que integre ámbitos de intervención, grupos etarios y constructos del modelo de Pender, con resultados clínicos y de proceso medidos con herramientas apropiadas para menores, constituye una brecha de conocimiento que limita la toma de decisiones informada.

1.2.1 Planteamiento del problema

En consecuencia, este estudio se circunscribe a población pediátrica conformada por niñas, niños y adolescentes, se propone ordenar la producción científica publicada entre 2020 y 2025 para comprender, con rigor y especificidad etaria, qué hace la enfermería pediátrica en promoción de la salud dentro de la Atención Primaria de la Salud (APS), qué modelos se emplearon, con qué instrumentos pediátricos se miden las variaciones y qué resultados se han alcanzado por grupo etario y por ámbito de acción.

Para dar respuesta al problema de investigación se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo han sido los aportes de le enfermera pediátrica en la promoción de la salud en la atención primaria según la revisión documental 2020 a 2025?

De la interrogante central, se original las siguientes sub preguntas:

¿Cuáles han sido los aportes de enfermería a la promoción de la salud en la población pediátrica en Atención Primaria?

¿Qué modelos de promoción de la salud se aplican a la atención de la población pediátrica?

¿Qué semejanzas y diferencias se observa en la promoción de la salud en atención primaria para la población pediátrica en los diversos contextos revisados?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar los aportes de la enfermería pediátrica a la promoción de la salud en atención primaria para la población pediátrica. 2020 - 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir los aportes de la enfermera a la promoción de la salud en la población pediátrica en atención primaria.

- Detallar los modelos de promoción de la salud para la atención de la población pediátrica.
- Comparar las semejanzas y diferencias de la promoción de la salud en atención primaria de la población pediátrica en los diversos contextos revisados.

1.4 Delimitación, alcance y cobertura

1.4.1 Delimitación

La investigación se delimita a la población pediátrica (niñas, niños y adolescentes), en escenarios propios de la Atención Primaria de la Salud (APS): hogar, escuela, consulta y comunidad. Se consideran publicaciones arbitradas difundidas entre 2020 y 2025, en español, inglés o portugués, que aborden acciones de promoción de la salud con participación explícita de enfermería (lideradas o colideradas) y que reporten procesos y/o resultados evaluables en población pediátrica, mediante instrumentos o procedimientos de medición descritos de forma suficiente. La lectura, clasificación y síntesis de la evidencia se orienta con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, diferenciando grupos etarios y ámbitos de intervención.

Se excluyen estudios centrados exclusivamente en población adulta, investigaciones del ámbito hospitalario sin componente promotor en APS, documentos donde no se identifique el rol de enfermería en la intervención o en los resultados, así

como publicaciones cuyos datos no permitan distinguir información específica de población pediátrica. En investigaciones con muestras mixtas, se incorporan únicamente los resultados desagregables correspondientes al tramo pediátrico, con el fin de preservar coherencia etaria y comparabilidad.

1.4.2 Alcance

El alcance del estudio es una narrativa dirigida a la población pediátrica, dado que busca sintetizar y comprender los aportes de la enfermería pediátrica a la promoción de la salud en APS a partir de evidencia publicada, sin pretender establecer relaciones causales ni estimar medidas de efecto combinadas. En consecuencia, los resultados se presentan mediante una síntesis narrativa estructurada por objetivos específicos, que integra: (1) la descripción de aportes del rol enfermero en la promoción, (2) la identificación de modelos y enfoques de promoción aplicables a población pediátrica, y (3) la comparación de semejanzas y diferencias entre contextos. La interpretación se realiza con apoyo del modelo de Pender como referente organizador, permitiendo explicar la promoción en términos de factores personales, influencias del entorno, estrategias educativas y condiciones organizacionales que favorecen o limitan la continuidad del cuidado.

1.4.3 Cobertura

La cobertura del estudio es internacional y multisituada, en tanto incluye evidencia producida en distintos países y realidades de APS, con el propósito de comparar enfoques, estrategias y condiciones de implementación. La revisión

contempla investigaciones desarrolladas en escenarios típicos de promoción pediátrica en APS (consultorios, programas comunitarios, escuelas, intervenciones con familias y acciones territoriales), incorporando diversidad de grupos etarios (infancia temprana, escolar y adolescencia) y variación en componentes de promoción (educación para la salud, prevención, seguimiento, intersectorialidad, continuidad del cuidado). Asimismo, la cobertura se circunscribe al periodo 2020–2025 y a los idiomas definidos, lo cual permite un recorte temporal pertinente para identificar tendencias recientes y prácticas actuales en promoción de la salud pediátrica desde enfermería.

1.5 Restricciones y limitaciones

Como análisis documental, los hallazgos dependen de lo publicado y de la calidad del reporte: es previsible la presencia de sesgos de publicación e idioma, heterogeneidad de diseños y variabilidad en los indicadores empleados, lo que reduce la comparabilidad entre estudios y descarta inferencia causal o meta-análisis. La ventana temporal 2020–2025 podría omitir antecedentes valiosos previos o desarrollos muy recientes fuera del corte.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Este marco teórico orienta la lectura del aporte de la enfermera pediátrica a la promoción de la salud en la Atención Primaria de la Salud (APS), integrando el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender como eje conductor. A partir de este eje, se organizan los componentes conceptuales, las competencias enfermeras y los instrumentos validados en población pediátrica.

2.1 Promoción de la Salud

Se entiende como un proceso social y político que crea condiciones, capacidades y entornos para que las personas y comunidades ejerzan decisiones saludables de forma sostenible, según explican Pérez et al (2021, p. 11). En niños y adolescentes, este enfoque exige considerar el curso de vida, la participación de familias y cuidadores, y la medición con instrumentos validados para población menor de 18 años. A diferencia de la prevención (centrada en riesgos específicos), la promoción articula políticas, servicios y comunidad para favorecer habilidades personales, alfabetización en salud, entornos escolares promotores, y reorientación de los servicios hacia el cuidado continuo.

En pediatría, la promoción se concreta en: a) hogar (rutinas saludables, seguridad y crianza sensible), b) escuela (hábitos, salud mental, actividad física, prevención de consumo), c) consulta de APS (control de crecimiento, Programa Ampliado de Inmunización (PAI), tamizajes, consejería por desarrollo), y d) comunidad (redes y acceso). Esta organización permite que la enfermería pediátrica traduzca los marcos conceptuales en prácticas medibles y culturalmente pertinentes.

A diferencia de la prevención, que se centra en reducir riesgos específicos, la promoción actúa sobre el entramado de factores sociales, económicos, ambientales y culturales que modelan los perfiles de salud. Lo hace mediante políticas públicas saludables, creación de entornos favorables en escuelas, barrios y lugares de trabajo, desarrollo de competencias personales y comunitarias, y reorientación de los servicios para que respondan a necesidades reales, dice González (2023, p. 32). Su horizonte es intersectorial y convoca a sectores como educación, vivienda, trabajo, transporte, agua y saneamiento, porque ninguna institución por sí sola modifica los determinantes estructurales.

Promocionar la salud implica identificar y disminuir brechas injustas entre grupos, la equidad funciona como criterio de éxito e incorporar la participación vinculante de la ciudadanía en el diagnóstico y tomar decisiones, así como asegurar la accesibilidad de la información para que sea culturalmente pertinente. También exige considerar el curso de vida, desde el nacimiento hasta la vejez, con acciones adaptadas a transiciones y vulnerabilidades específicas.

En el marco de la Atención Primaria y de la enfermería, la promoción de la salud se traduce en acompañar procesos comunitarios, según afirma Gómez (2023, p. 35). Esto supone realizar diagnósticos participativos, fortalecer la alfabetización en salud, facilitar redes de apoyo y evaluar resultados con indicadores comprensibles para la población. La labor de enfermería, por su contacto continuo y su enfoque humanista, resulta clave para convertir recomendaciones técnicas en prácticas sostenibles y en entornos que faciliten decisiones saludables en la vida diaria.

2.1.1 Evolución histórica de la Promoción de la Salud

La promoción de la salud tomó forma como respuesta a los enfoques centrados casi exclusivamente en la enfermedad. Tras los avances higienistas y epidemiológicos del siglo XX, el debate se desplazó hacia los determinantes sociales y la corresponsabilidad de múltiples sectores. Dos hitos marcaron el giro: el Informe Lalonde de 1974, que amplió la mirada más allá de la atención clínica, y la Declaración de Alma-Ata de 1978, que situó a la Atención Primaria como estrategia para alcanzar salud para todos y colocó la equidad y la participación comunitaria en el centro de las políticas (Peñaloza y Rojas, 2024, p. 52). A partir de entonces, la promoción dejó de reducirse a educación sanitaria y pasó a entenderse como construcción de capacidades y entornos que habilitan decisiones informadas.

Con la Carta de Ottawa de 1986, se establecen áreas de acción aún vigentes: políticas públicas saludables, creación de entornos favorables, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios (UNICEF, 2021, p. 66). Las conferencias posteriores fueron afinando esta agenda según los desafíos del momento: Adelaide, en 1988, destacó la integralidad de la política pública; Sundsvall, en 1991, subrayó la centralidad de los entornos; Yakarta, en 1997, priorizó alianzas y equidad; Ciudad de México, en 2000, insistió en la necesidad de evidencia; y Bangkok, en 2005, incorporó la globalización y los determinantes comerciales como fuerzas que condicionan hábitos y oportunidades de salud.

En la etapa más reciente, Nairobi en 2009, Helsinki en 2013 y Shanghái, en 2016, reforzaron el enfoque de Salud en Todas las Políticas, el abordaje del curso de vida y la conexión con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, tal como explica Sánchez (2024, p. 23). La agenda actual incluye la transición demográfica y epidemiológica, la salud digital, la alfabetización crítica y la regulación frente a riesgos comerciales. En América Latina, la APS renovada, impulsada por la OPS/OMS, revaloriza la acción territorial y la participación de la comunidad, y reconoce a la enfermería como actor clave para traducir los marcos internacionales en prácticas locales sostenibles mediante educación, acompañamiento y evaluación de resultados en escuela, familia y comunidad.

2.1.2 Componentes clave de la promoción de la salud

Nutbeam et al (2021) afirman que los componentes centrales de la PS como ámbitos de acción articulados con principios transversales, en conjunto, conforman una estrategia que supera la educación sanitaria aislada y actúa sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales. Su propósito es crear condiciones estructurales, habilidades individuales y capacidades colectivas para sostener decisiones saludables a lo largo del curso de vida.

Estos componentes no funcionan de manera independiente. Se refuerzan entre sí mediante arreglos de gobernanza, participación social y evaluación continua. En la Atención Primaria, la enfermería ocupa un lugar estratégico para conectar políticas, servicios y comunidades, traduciendo los marcos técnicos en prácticas concretas y culturalmente pertinentes.

2.1.3 Políticas públicas en Promoción de la Salud

Este componente centra la acción en el diseño normativo y programático que favorece la salud desde todos los sectores del Estado. Incluye regulaciones sobre productos nocivos, planificación urbana orientada a la movilidad activa, seguridad vial, protección ambiental, garantías de agua y saneamiento, así como incentivos fiscales que desalienten conductas de riesgo y promuevan opciones saludables. La idea rectora es que la salud se proteja y promueva también fuera del sistema sanitario (González, 2023).

Una política pública saludable se acompaña de herramientas de gestión como la evaluación de impacto en salud, la rendición de cuentas intersectorial y la asignación presupuestaria alineada con metas de equidad. La enfermería puede contribuir identificando necesidades en territorio, generando evidencia práctica y participando en mesas técnicas donde la voz de los equipos de base resulta clave para orientar decisiones.

Entre las políticas públicas, que incorporan la PS, se destacan la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (OPS/OMS, 2007), la Política de Salud en Todas las Políticas (HiAP, OMS, 2013), la Carta de Shanghái sobre PS (2016) y los compromisos derivados de la Declaración de Astaná (2018). Estas políticas orientan a los países a fortalecer la equidad, la participación social, la educación para la salud y la creación de entornos saludables, reconociendo que la salud es una responsabilidad compartida entre el Estado y la sociedad. (Santos, 2023).

De igual modo, la promoción de la salud se articula con las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) establecidas por la Organización Panamericana de la Salud, especialmente con las funciones de:

- Monitorear y analizar la salud,
- Promocionar la salud y participación social,
- Desarrollar políticas y planificación en salud,
- Garantía la equidad en el acceso a los servicios, y
- Fortalecimiento de investigación y gobernanza sanitaria.

La integración de estas políticas y funciones reafirma que la promoción de la salud no es una acción aislada, sino un componente estructural del sistema sanitario, orientado a reducir las desigualdades y fortalecer la capacidad que tienen las comunidades para ejercer el derecho al acceso a la salud.

En el caso de Panamá, la PS se desarrolla en concordancia con estas directrices internacionales, a través de políticas implementadas por el Ministerio de Salud (MINSA) y apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Entre las más relevantes se encuentran la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, la Política Nacional de Atención Primaria en Salud (APS), el Plan Estratégico Nacional de Salud 2021-2025 y la Política de Salud Integral para la Niñez y Adolescencia. Estas iniciativas priorizan la educación sanitaria, el fortalecimiento de estilos de vida saludables, la participación comunitaria, la

prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y la acción intersectorial en ámbitos como la nutrición, la salud ambiental y la salud escolar.

Asimismo, Panamá ha adoptado la perspectiva de Salud en Todas las Políticas, incorporando la promoción de la salud en los programas de desarrollo social y en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 2030). A nivel operativo, se ejecutan programas como Comunidades y Entornos Saludables, Estrategia de Municipios Saludables, Red de Atención Primaria en Salud Familiar y Comunitaria (APS-FC) y Escuelas Promotoras de Salud, que fortalecen la participación ciudadana y la corresponsabilidad social en el bienestar colectivo. En conjunto, estas políticas consolidan el compromiso nacional de reorientar el sistema sanitario hacia la prevención, la equidad y la promoción del bienestar integral.

El MINSA (2026) afirma que el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) es una política pública estratégica que protege a la población frente a enfermedades inmunoprevenibles mediante un esquema nacional de vacunación, la cadena de frío, la vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI) y el registro nominal para seguimiento oportuno. En el primer nivel de atención, la enfermería pediátrica es actor central del PAI: verifica elegibilidad y contraindicaciones, conserva y monitorea biológicos, informa y obtiene consentimiento/asentimiento cuando corresponde, aplica la vacuna con prácticas seguras y registra en sistemas nominales para garantizar continuidad del esquema. Además de la vacunación intramural, el PAI despliega estrategias extramurales

(escuelas, comunidades y visitas domiciliarias) que materializan la promoción de la salud en los entornos donde viven y aprenden niñas, niños y adolescentes.

En términos promocionales, el MINSA (2026) afirma que el PAI funciona como política pública saludable que articula lo clínico, lo educativo y lo comunitario. A la luz del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, las intervenciones de enfermería que acompañan al PAI fortalecen beneficios percibidos (protección individual y colectiva), reducen barreras percibidas (temores, horarios, acceso), aumentan autoeficacia del cuidador para completar esquemas, movilizan influencias interpersonales (familia y docentes) y adecuan condiciones situacionales (jornadas móviles, puntos escolares), favoreciendo el compromiso con un plan de vacunación al día. Para gestión y evaluación, conviene monitorear indicadores como cobertura por biológico y grupo etario definido por cada estudio o normativa, esquemas completos, oportunidad de dosis, abandono entre dosis, focos de rezago por territorio y tasa de ESAVI con trazabilidad. En síntesis, integrar PAI y enfermería en APS consolida un eje promocional robusto: políticas basadas en evidencia, educación a cuidadores, búsqueda activa y microplanificación territorial que reducen inequidades y sostienen hábitos saludables desde la infancia y la adolescencia.

2.1.3.1 Acción comunitaria y promoción de la salud

Tellez et al., (2022) sostienen que “la acción comunitaria busca que la población no sea receptora pasiva, sino protagonista en el diagnóstico, la planificación, la implementación y la evaluación de iniciativas” (p. 39). El empoderamiento en la PS se expresa en la capacidad de incidir sobre los determinantes que afectan la vida

cotidiana, fortaleciendo organización social, liderazgo, abogacía y redes solidarias. Este componente garantiza que las intervenciones respondan a prioridades sentidas y respeten prácticas culturales.

La participación efectiva requiere mecanismos vinculantes: comités locales, presupuestos participativos, acuerdos de corresponsabilidad y monitoreo ciudadano. La enfermería, por su contacto directo y continuidad del cuidado, facilita procesos de deliberación informada, acompaña la toma de decisiones y promueve la formación de agentes comunitarios capaces de sostener las mejoras más allá de proyectos puntuales.

2.1.3.2 Desarrollo de habilidades personales y alfabetización en salud

El desarrollo de habilidades personales se orienta a fortalecer competencias para comprender información, evaluar riesgos y oportunidades, y tomar decisiones informadas. La alfabetización en salud incluye capacidades de búsqueda, interpretación crítica y uso de recursos, incorporando también competencias digitales para navegar entornos informativos complejos y evitar desinformación (Molina, 2021).

Un enfoque inclusivo exige adaptar materiales a diferentes niveles educativos y contextos culturales, utilizando lenguaje claro, lectura fácil, apoyos visuales y traducciones pertinentes. La enfermería cumple una función pedagógica esencial al diseñar y ejecutar procesos educativos continuos, basados en necesidades reales y evaluados con indicadores comprensibles para la comunidad.

2.1.3.3 Reorientación de los servicios de salud en promoción de la salud

Bravo (2021) explica que reorientar los servicios significa integrar la promoción en la práctica clínica y en la organización del sistema, no como actividad periférica, sino como eje de calidad. Esto supone equipos interdisciplinarios en Atención Primaria, trabajo con enfoque familiar y comunitario, continuidad del cuidado y referencias ágiles entre niveles. También implica indicadores que valoren resultados preventivos y de bienestar, no solo la resolución de episodios agudos.

Este componente demanda cambios en protocolos, incentivos y formación del personal. La enfermería lidera intervenciones preventivas, realiza pesquisa activa de necesidades, coordina cuidados y articula con recursos sociales y educativos del territorio, de modo que cada contacto con el sistema sea una oportunidad para promover salud.

2.1.3.4 Intersectorialidad y gobernanza para la salud

La salud se produce socialmente, por lo que requiere coordinación entre sectores como educación, trabajo, transporte, ambiente, cultura y vivienda. La intersectorialidad establece metas compartidas, datos interoperables y responsabilidades claras, evitando duplicidades y garantizando continuidad. La gobernanza efectiva crea estructuras estables de coordinación y marcos legales que sostienen la cooperación más allá de períodos políticos (World Health Organization y United Nations Human Settlements Programme, 2021).

Para que esta coordinación funcione, es necesario un lenguaje común y sistemas de información que permitan evaluar avances y corregir rumbos. La enfermería contribuye aportando evidencia del nivel local, traduciendo necesidades de usuarios a agendas sectoriales y participando en instancias de gestión donde se definen prioridades y se asignan recursos.

Por otro lado, la equidad opera como principio transversal que orienta todos los componentes. Promover la salud implica reducir brechas injustas entre grupos, con estrategias de alcance universal y un grado de intensidad proporcional a las desventajas. El enfoque de curso de vida reconoce transiciones y ventanas de oportunidad, desde la primera infancia hasta la vejez, y adapta las acciones a vulnerabilidades específicas (López et al., 2022).

En este sentido, se requiere identificar barreras estructurales y culturales, diseñar respuestas con participación de los grupos afectados y monitorear resultados con desagregación suficiente para detectar inequidades. La enfermería aporta una mirada humanista y continua, capaz de articular cuidados y acompañamientos que aseguren que los beneficios lleguen efectivamente a quienes más lo necesitan.

2.1.3.5 La prevención y su relación con la promoción de la salud

La prevención opera sobre riesgos definidos (tamizaje, quimioprofilaxis, inmunización), mientras que la promoción crea condiciones para sostener hábitos y decisiones saludables. En pediatría, ambas se potencian cuando la intervención se alinea con el modelo de Pender: los componentes preventivos se adoptan mejor si

aumentan beneficios percibidos, disminuyen barreras, fortalecen autoeficacia y cuentan con apoyo familiar y escolar, esta integración favorece equidad y continuidad del cuidado (Virtanen et al., 2025).

En contextos de inequidad, la prevención aislada corre el riesgo de beneficiar más a quienes ya tienen mejores condiciones. Por eso, se recomienda integrarla en enfoques universales proporcionales, donde toda la población recibe una oferta preventiva, pero los grupos con mayores desventajas obtienen apoyos adicionales. De esta manera, la prevención se convierte en un vehículo concreto para materializar la equidad que persigue la promoción.

2.1.4 Modelos y teorías de la promoción de la salud

La PS ha sido sustentada por diversos modelos teóricos que orientan la práctica enfermera hacia el fortalecimiento del bienestar, la prevención de enfermedades y la participación activa de las comunidades. Estos modelos permiten comprender los factores que influyen en las conductas saludables y facilitan la planificación de intervenciones efectivas en distintos contextos. A continuación, se describen los principales enfoques y teorías que han guiado el desarrollo de la PS contemporánea.

2.1.4.1 Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

El modelo de Nola Pender (2012) explica la conducta promotora de salud como resultado de la interacción entre experiencias previas, percepciones (beneficios y barreras), autoeficacia, afectos asociados a la acción, influencias interpersonales y

situacionales, y el compromiso con un plan de acción, susceptible de ser afectado por demandas o preferencias competidoras. En pediatría, el modelo opera en dos niveles:

- Niño/adolescente: autoeficacia para hábitos (higiene, actividad física, adherencia escolar), manejo emocional ante procedimientos, pares y clima escolar.
- Cuidador: creencias sobre el programa ampliado de inmunización (PAI), barreras logísticas, alfabetización en salud, apoyo familiar y capacidad de sostener rutinas.

La enfermería pediátrica modula estos determinantes mediante educación centrada en la familia, demostraciones y práctica guiada, recordatorios y acompañamiento, adaptación de materiales, y adecuaciones del entorno (aula/hogar) que facilitan la conducta.

2.1.4.2 Modelo de Promoción de la Salud de Tannahill

El modelo planteado por Tannahill (1985) combina tres dimensiones interrelacionadas: educación sanitaria, protección de la salud y prevención de enfermedades. A diferencia de otros enfoques centrados en el individuo, este modelo integra factores estructurales y políticos que influyen en el bienestar colectivo.

En enfermería comunitaria, el modelo de Tannahill sirve como guía para diseñar programas de intervención que articulen la acción educativa con políticas públicas,

vigilancia epidemiológica y entornos saludables. Su enfoque integrador permite que las acciones de promoción trasciendan el nivel individual para incidir en la salud.

2.1.5 Otros modelos y teorías relacionadas a la promoción de la salud

2.1.5.1 Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model)

El modelo de creencias en salud (Health Belief Model) es un marco teórico clásico que explica por qué las personas adoptan, o no, conductas preventivas, según afirman Wang et al (2025). Además, se plantea que el comportamiento en salud está influido por cómo el sujeto percibe su vulnerabilidad a un problema (susceptibilidad percibida), la gravedad de sus posibles consecuencias, los beneficios esperados de la acción preventiva, las barreras que dificultan llevarla a cabo, los estímulos o recordatorios que activan la conducta (cues to action) y el grado de confianza en su propia capacidad para actuar (autoeficacia). Desde esta perspectiva, las intervenciones de enfermería no se limitan a transmitir información, sino que buscan modificar estas percepciones para favorecer decisiones más protectoras frente a la enfermedad.

En el campo pediátrico, este modelo resulta especialmente útil porque el cuidado de la salud se decide y se ejerce, en gran medida, a través de los padres o cuidadores. Las creencias que ellos tienen sobre qué tan vulnerable es el niño, cuán graves pueden ser las complicaciones de una enfermedad, qué ventajas reales aporta una medida preventiva (por ejemplo, la vacunación, la adherencia al tratamiento de una patología crónica o la consulta precoz ante signos de alarma) y qué obstáculos

perciben para implementarla, condicionan la conducta de cuidado cotidiano. Al utilizar el modelo de creencias en salud, la enfermería pediátrica puede diseñar estrategias educativas más ajustadas al contexto familiar, identificar barreras específicas (miedo, mitos, dificultades económicas u organizativas) y reforzar la autoeficacia de los cuidadores, contribuyendo de forma más efectiva a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades en la niñez.

2.1.5.2 Modelo de Orem o Teoría del Déficit de Autocuidado

Propuesto por Dorothea Orem, el modelo también conocido como Teoría del Déficit de Autocuidados, sostiene que las personas tienen la capacidad y la responsabilidad de realizar, por sí mismas, una serie de actividades básicas para mantener la vida, la salud y el bienestar (Hartweg y Metcalfe, 2021). La enfermería interviene cuando esa capacidad se ve limitada o resulta insuficiente para satisfacer las demandas de autocuidado, generándose un déficit que debe ser compensado mediante diferentes sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo-educación. Desde esta perspectiva, el rol profesional no se reduce a ejecutar procedimientos, sino a valorar qué puede hacer la persona por sí misma, qué no puede hacer y qué necesita aprender o fortalecer para lograr un mayor nivel de autonomía en el cuidado.

En pediatría, la teoría de Orem adquiere matices particulares porque el niño, sobre todo en etapas tempranas, no puede asumir por completo su autocuidado y depende de la familia y del equipo de salud. En este contexto, la enfermería pediátrica identifica el déficit de autocuidado no solo en el menor, sino también en los padres o

cuidadores, que requieren orientación para responder adecuadamente a las necesidades del niño frente a una enfermedad aguda o crónica. Aplicar el modelo de Orem permite diseñar intervenciones de apoyo-educación dirigidas a la familia: enseñar el reconocimiento de signos de alarma, la administración correcta de tratamientos, el cumplimiento de la dieta o de controles de seguimiento, y promover conductas de promoción de la salud. De este modo, se fortalece la capacidad de autocuidado compartido entre el niño y sus cuidadores, lo que repercute directamente en mejores resultados clínicos y en una atención pediátrica más integral.

2.1.5.3 Modelo de Adaptación de Roy

Ideado por Callista Roy, concibe a la persona como un sistema biológico, psicológico y social que está en constante interacción con el entorno y responde a él mediante procesos de adaptación, como afirma Torun et al (2024, p. 2). Estos procesos se activan frente a diferentes tipos de estímulos (focales, contextuales y residuales) y se expresan en cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, rol e interdependencia. La enfermería, desde este enfoque, se orienta a valorar cómo responde el individuo en cada uno de estos modos, identificar respuestas ineficaces o inadecuadas y planificar intervenciones que favorezcan una adaptación más saludable ante los cambios o demandas que impone la enfermedad y el entorno.

En el contexto pediátrico, el modelo ofrece un marco útil para comprender cómo el niño y su familia enfrentan situaciones como la hospitalización, el diagnóstico de una enfermedad crónica, los procedimientos invasivos o los cambios en la rutina cotidiana. El profesional de enfermería pediátrica analiza la adaptación del niño en el

plano fisiológico (respuesta al tratamiento, cambios en el sueño, alimentación, dolor), en su autoconcepto (miedos, ansiedad, percepción de sí mismo), en su rol (como estudiante, hijo, hermano) y en las relaciones de interdependencia (vínculos con padres, hermanos y cuidadores). Al intervenir sobre estos modos, se buscan estrategias que disminuyan el estrés, fortalezcan los recursos de afrontamiento del niño y de su familia y favorezcan una adaptación positiva al proceso de enfermedad, contribuyendo así a un cuidado pediátrico más integral y centrado en la persona.

2.1.5.4 Modelo de Determinantes Sociales de la Salud

Inspirado en la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2008), este modelo plantea que el estado de salud de las personas no depende solo de factores biológicos o de la atención sanitaria recibida, sino también de un conjunto de condiciones en las que nacen, crecen, estudian, trabajan y se desarrollan. Entre estos determinantes, se incluyen el nivel de ingresos, la educación, la vivienda, el acceso a servicios básicos, el empleo, la seguridad social, el entorno físico y social, así como las políticas públicas y la organización de los sistemas de salud. Desde esta perspectiva, la enfermedad y la salud dejan de entenderse como hechos aislados del contexto y pasan a explicarse como el resultado de desigualdades estructurales que favorecen o limitan las oportunidades de vivir de manera saludable.

En pediatría, este modelo es clave para comprender por qué algunos niños tienen mayor riesgo de enfermar, complicarse o morir que otros, aun cuando presentan diagnósticos similares. Factores como la situación económica de la familia, el nivel educativo de los cuidadores, las condiciones de vivienda, la disponibilidad de

alimentos nutritivos, el acceso oportuno a servicios de salud y la existencia de redes de apoyo influyen de forma directa en el crecimiento, el desarrollo y la posibilidad de adherirse a las indicaciones terapéuticas. Para la enfermería pediátrica, trabajar con el enfoque de determinantes sociales implica valorar integralmente la realidad del niño y su familia, identificar barreras sociales y culturales que obstaculizan el cuidado, y promover acciones de educación, acompañamiento y articulación con otros servicios comunitarios, con el fin de reducir inequidades y fortalecer la promoción de la salud en la infancia.

2.1.5.5 Modelo de Empoderamiento en Salud

Zarinbal et al (2025) explican que este modelo se centra en el desarrollo de capacidades para que las personas participen activamente en las decisiones que afectan su bienestar, en lugar de ser receptoras pasivas de indicaciones sanitarias. Supone que los sujetos pueden adquirir conocimientos, habilidades y confianza para interpretar información, valorar riesgos y beneficios, y negociar con los profesionales de salud las alternativas de cuidado más adecuadas a su contexto. Desde esta perspectiva, la enfermería no solo informa o educa, sino que facilita procesos de reflexión crítica, fomenta la participación y promueve que las personas asuman un rol protagónico en la gestión de su propia salud, individual y comunitaria.

En el ámbito pediátrico, el empoderamiento en salud se traduce principalmente en fortalecer a los padres, madres y cuidadores como agentes activos en la protección y el cuidado del niño. Esto implica brindar información clara y comprensible sobre la enfermedad, los tratamientos y las medidas preventivas, pero también crear espacios

de diálogo donde los cuidadores puedan expresar dudas, temores y expectativas, y participar en la toma de decisiones terapéuticas. La enfermería pediátrica, al trabajar desde este modelo, favorece que la familia desarrolle mayor seguridad para reconocer signos de alarma, adherirse a los esquemas de tratamiento, como la insulino terapia o cuidados específicos en situaciones críticas, y mantener prácticas de autocuidado en el hogar, lo que contribuye a mejorar los resultados clínicos y a consolidar una relación más colaborativa entre el equipo de salud y la familia del paciente pediátrico.

2.1.6 Aportes de la enfermería pediátrica a la promoción de la salud

Aunque la enfermería se ha ganado un lugar en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la literatura reciente evidencia limitaciones que condicionan el alcance y la sostenibilidad de sus intervenciones. Uno de los desafíos más visibles es la escasez de personal y la sobrecarga laboral: en muchos sistemas de salud, el número de profesionales resulta insuficiente para cubrir la demanda creciente del primer nivel, lo que reduce el tiempo efectivo de consulta, debilita el trabajo comunitario y erosiona la continuidad de las acciones preventivas. Este escenario repercute en la calidad del cuidado pediátrico, desmotiva a los equipos y frena la innovación.

Otro aspecto crítico, según Probst (2021) es la desigualdad en recursos e infraestructura, especialmente en áreas rurales y comunidades periféricas. Aun cuando la enfermería lidera campañas de vacunación y programas de seguimiento, la carencia de insumos, espacios adecuados y soporte logístico limita la cobertura y profundiza brechas entre contextos urbanos y rurales. Estas condiciones estructurales

se combinan con vacíos de formación continua en gestión, liderazgo intersectorial y uso de tecnologías, además de barreras normativas y culturales que restringen la autonomía para decidir en la Atención Primaria de la Salud (APS). El resultado es un potencial transformador subutilizado, especialmente en lo relativo a políticas y estándares de registro pediátricos.

En el caso de Panamá, según el MINSA (2026), el rol de la enfermería pediátrica en APS se expresa con fuerza en control de crecimiento y desarrollo, continuidad del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), educación a cuidadores y articulación con escuelas y centros comunitarios. No obstante, persisten desafíos operativos: variabilidad en el uso de instrumentos pediátricos validados en la práctica diaria, tiempos clínicos limitados para consejería diferenciada por edad, y registros heterogéneos que dificultan comparar resultados entre regiones. Fortalecer la corresponsabilidad con la familia/cuidador, estandarizar métricas pediátricas en el primer nivel y consolidar rutas escuela–hogar–servicio, son oportunidades concretas para incrementar el impacto de la promoción de la salud en niñas, niños y adolescentes.

En este sentido, resulta pertinente incorporar la teoría de Kathryn Barnard (2002) sobre interacciones cuidador–niño y competencias relacionales en la primera infancia. La propuesta de Barnard subraya que la calidad de la interacción (sensibilidad del adulto, señales del niño, reciprocidad y ajuste) es un determinante directo de los resultados del desarrollo y, por extensión, de la efectividad de las intervenciones de enfermería.

Barnard ayuda a cómo desplegar la intervención en el vínculo cotidiano con el cuidador (demostración, práctica guiada, retroalimentación específica), favoreciendo adherencia, aprendizaje y continuidad del cuidado. Integrar ambos marcos en APS permite pasar de mensajes generales a interacciones pedagógicas sensibles por grupo etario, con métricas comparables y foco en la integralidad bio-psico-social del menor.

2.1.6.1 Rol de la enfermera pediátrica en la promoción de la salud

La promoción de la salud requiere la actuación específica de los profesionales de enfermería en los distintos grupos poblacionales, adecuando las estrategias educativas y preventivas a las necesidades biológicas, sociales y culturales de cada etapa del ciclo vital. En Panamá, este rol se materializa en múltiples programas nacionales que buscan fortalecer el bienestar integral de las comunidades, bajo los lineamientos de la APS y la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud, como se menciona más adelante:

- Primera infancia y niñez (0–9 años)

En la población infantil, Jogdeo (2025) explica que la enfermería desempeña una función preventiva y formativa clave, orientada a garantizar el crecimiento y desarrollo saludable desde los primeros años de vida. Las acciones incluyen la educación a padres y cuidadores sobre lactancia materna, alimentación complementaria y vacunación, así como la vigilancia del crecimiento, el control del niño sano y la detección oportuna de alteraciones del desarrollo.

A través de programas nacionales como Creciendo Juntos y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), donde, según MINSA (2026), el personal de enfermería contribuye a disminuir la morbilidad infantil y a fortalecer el vínculo entre la familia, la comunidad y los servicios de salud. Su labor promueve el entorno protector y la atención integral, en consonancia con el enfoque de derechos de la niñez.

Las acciones se centran en rutinas de cuidado en el hogar (sueño, alimentación, higiene y juego activo), seguridad y prevención de lesiones, control de crecimiento (IMC y z-score), Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y pesquisa de desarrollo. En edad escolar se prioriza higiene de manos, salud bucal, actividad física y clima de aula. La medición utiliza escalas e instrumentos pediátrico, como la escala FLACC (Cara, Piernas, Actividad, Llanto y Consolabilidad), escala de caras de Wong-Baker, Puntuación de Alerta Temprana Pediátrica (PEWS), Inventario Pediátrico de Calidad de Vida (PedsQL) y registros de adherencia del cuidador.

- Adolescencia (10–19 años)

La priorización recae en salud mental, habilidades para la vida, uso saludable de tecnologías, actividad física, alimentación, salud sexual integral y confidencialidad en la consulta.

Según Bhakare (2025), la enfermería pediátrica trabaja la autoeficacia, el apoyo de padres/familia y la reducción de barreras logísticas. Se usan instrumentos apropiados por edad, tales como módulos de PedsQL, tamizajes psicosociales, también se realizan acuerdos de plan de acción con seguimiento. Estas acciones se desarrollan dentro del programa Escuelas Promotoras de Salud y en coordinación con

el Ministerio de Educación (MEDUCA) y el MINSA, articulando la salud con la formación integral del estudiante. La enfermera escolar actúa como educadora y consejera, detectando factores de riesgo y promoviendo entornos seguros, inclusivos y emocionalmente saludables.

2.2 Atención primaria en salud

La atención primaria en salud organiza la respuesta sanitaria cercana al territorio, con énfasis en acceso, equidad, continuidad del cuidado y participación comunitaria, explican Zurro et al., (2024). En poblaciones pediátricas, la APS integra el control de crecimiento con puntajes z (z-score) o percentiles, vacunación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), tamizajes por desarrollo, salud bucal, salud mental y consejería diferenciada por etapa evolutiva. Para la promoción de la salud, la APS vincula hogar–escuela–servicio, habilitando intervenciones medibles y sostenibles.

La APS se articula de manera natural con la PS, porque sitúa los determinantes sociales en el centro de la planificación y convoca a otros sectores más allá del sanitario. Cuando la puerta de entrada funciona con enfoque comunitario, se generan entornos protectores, se gestiona el riesgo de forma anticipada y se evitan complicaciones que encarecen y fragmentan la atención.

En este marco, la Atención Primaria de la Salud se vincula con la pediatría al integrar el cuidado clínico y la promoción de la salud con enfoque de curso de vida, la corresponsabilidad de la familia/cuidador y el trabajo en los entornos donde transcurre

la infancia y la adolescencia (hogar, escuela, comunidad). La enfermería pediátrica opera como bisagra entre estos niveles: identifica necesidades, despliega intervenciones educativas y preventivas, y monitorea resultados con instrumentos validados para población pediátrica, al tiempo que moviliza determinantes del modelo de Nola Pender (beneficios, barreras, autoeficacia, influencias y compromiso) y, en los primeros años, se apoya en enfoques relacionales como el de Kathryn Barnard para fortalecer el vínculo cuidador–niño. Esta articulación asegura continuidad del cuidado, pertinencia cultural y aplicabilidad operativa de las acciones en el primer nivel.

2.2.1 Fundamentos y principios de la Atención primaria en salud

La APS se guía por principios de acceso universal, equidad, integralidad, continuidad y coordinación del cuidado. Acceso universal significa derribar barreras geográficas, económicas, culturales y comunicacionales. La equidad exige ajustar la intensidad de las acciones a las desventajas existentes. La integralidad se traduce en abordar necesidades físicas, mentales y sociales en una misma trayectoria de atención, evitando derivaciones innecesarias y tiempos muertos. La continuidad asegura seguimiento longitudinal por equipos que conocen la historia clínica y social del paciente. La coordinación vincula el primer nivel con especialidades, hospital y servicios sociales mediante referencias y contrarreferencias oportunas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Estos principios se concretan en equipos multiprofesionales con competencias clínicas y comunitarias, uso racional de tecnologías, protocolos adaptados al contexto y evaluación sistemática de resultados. Una APS sólida prioriza la resolución

temprana, la toma de decisiones compartida y el respeto por la diversidad cultural, con información clara y comprensible para usuarios y cuidadores de la población pediátrica. Los principios que orientan la Atención Primaria de la Salud se sintetizan en la Figura 1 y sirven de hilo conductor para los subapartados que siguen.

Figura 1
Principios de la Atención Primaria de la Salud



Nota. Elaborado por los autores. Tomado de Hoyos (2019)

Laverack (2024) sostiene que la versión contemporánea de la APS reconoce que la salud se produce socialmente. Por eso, integra herramientas de diagnóstico participativo, enlazar activos comunitarios, alianzas con educación, vivienda, ambiente, trabajo y protección social, y mecanismos de gobernanza local que permiten acordar metas comunes. La perspectiva de salud en todas las políticas se vuelve operativa cuando el primer nivel lidera agendas territoriales para agua segura,

movilidad activa, entornos escolares saludables, seguridad alimentaria y protección frente a riesgos comerciales. En este marco, la APS renovada incorpora alfabetización crítica en salud y salud digital, para que la población pueda navegar información compleja, identificar fuentes confiables y ejercer autonomía informada.

2.2.2 Rol de la enfermería pediátrica en la Atención primaria de salud

La enfermería es el hilo conductor de la APS por su contacto continuo, su enfoque humanista y su capacidad de integrar clínica, educación y gestión. En el primer nivel, lidera actividades de inmunización, tamizajes organizados, control de condiciones crónicas, visitas domiciliarias, rehabilitación comunitaria y cuidados paliativos. También coordina planes de cuidado centrados en menores de 17 años, promueve decisiones compartidas y fortalece la adherencia terapéutica con metas realistas y culturalmente pertinentes dicen Artaza y Méndez (2022).

Además de la práctica asistencial, la enfermería aporta gestión del riesgo poblacional y mejora continua. Utiliza datos para identificar brechas de cobertura, organiza agendas según necesidad real, capacita a agentes comunitarios, estandariza procesos seguros y evalúa resultados con indicadores comprensibles. En contextos rurales o periféricos, asume funciones avanzadas que aumentan la resolutiveidad del primer nivel y evitan derivaciones tardías.

Francisco-Pérez (2024) sostiene que la enfermería es puente entre servicios y la población pediátrica atendida. Realiza pesquisa activa, organiza jornadas de vacunación y tamizaje, educa para el autocuidado, acompaña procesos de

rehabilitación y monitorea adherencia y seguridad terapéutica. Su continuidad del cuidado permite detectar tempranamente cambios clínicos y sociales que alteran el riesgo y requieren ajustes.

Además de la práctica asistencial, la enfermería participa en la gestión y evaluación de programas preventivos, diseña indicadores comprensibles, produce reportes para la toma de decisiones y promueve mecanismos de retroalimentación con usuarios y líderes locales. Esta combinación de competencia técnica y sensibilidad comunitaria convierte la prevención en una experiencia cercana, respetuosa y sostenida en el tiempo.

La enfermería integra las siguientes competencias:

- Comunicación intercultural con niños, adolescentes y cuidadores

La comunicación intercultural constituye una competencia esencial en la práctica de enfermería contemporánea, especialmente en contextos caracterizados por la atención en comunidades donde existen diversidades, sean culturales, étnicas y/o lingüísticas entre las poblaciones atendidas. Implica la capacidad del profesional para establecer un diálogo respetuoso, empático y efectivo con personas que poseen valores, creencias, costumbres y concepciones de salud distintas a las propias. Esta competencia trasciende el uso del lenguaje verbal, pues integra también componentes no verbales (los gestos, la distancia personal, el tono de voz y la expresión corporal) que influyen

directamente en la comprensión mutua y en la calidad del cuidado ofrecido
(Bravo, 2021, p. 28)

En el marco de la atención primaria, la comunicación intercultural favorece el reconocimiento de los factores culturales de la salud, permitiendo que las intervenciones de enfermería se adapten a las prácticas tradicionales, los significados atribuidos a la enfermedad y las formas locales de cuidado. El profesional de enfermería debe actuar como mediador cultural, facilitando el entendimiento entre el sistema sanitario y las comunidades, sin imponer modelos biomédicos que desconozcan la cosmovisión de los usuarios. Esto requiere sensibilidad cultural, habilidades de escucha activa y una actitud abierta al aprendizaje continuo sobre los contextos socioculturales donde se brinda atención.

Desarrollar esta competencia no solo mejora la relación terapéutica, sino que también fortalece la equidad y la humanización del cuidado, al garantizar que cada menor sea atendido con respeto a su identidad cultural y la decisión de sus cuidadores sobre el bienestar del menor.

- Gestión social del riesgo (activación de barreras y activación de apoyos)

La gestión social del riesgo es una competencia clave en la enfermería moderna, orientada a anticipar, identificar y reducir los factores que amenazan la salud de la población pediátrica. Desde este enfoque, el profesional de enfermería no se limita a responder ante emergencias o enfermedades ya manifestadas, sino que actúa

de manera proactiva para prevenir daños y fortalecer la resiliencia frente a situaciones que ponen en peligro el bienestar colectivo (Novoa et al., 2024)..

En el ámbito comunitario, la gestión social del riesgo implica evaluar los determinantes sociales, ambientales y culturales que influyen en la vulnerabilidad de las poblaciones pediátricas. La enfermería participa en la elaboración de diagnósticos situacionales, en la planificación de acciones educativas y en la organización de redes de apoyo que promueven la participación ciudadana. A través de esta práctica, el personal de enfermería asume un rol de liderazgo en la coordinación intersectorial con instituciones de salud, educación, protección civil y desarrollo social, promoviendo entornos seguros y sostenibles (González, 2023). Asimismo, esta competencia requiere una visión ética y humanista, en la que el riesgo no se perciba únicamente como una amenaza biológica o epidemiológica, sino como una construcción social que refleja desigualdades y carencias estructurales.

- Capacidad pedagógica (materiales adaptados por edad y seguimiento del plan)

El componente educativo abarca alfabetización en salud y desarrollo de habilidades personales y familiares para decisiones informadas. Esto implica traducir contenidos técnicos a lenguaje claro, adaptar materiales a lectura fácil o pictogramas cuando se requiere, y diseñar sesiones participativas donde se aprenden prácticas cotidianas de autocuidado. La educación se entiende como proceso continuo y situado, no como charla aislada (Gómez et al., 2022).

El rol preventivo se expresa en acciones de los distintos niveles de prevención: vacunación y entornos protectores en la primaria, tamizajes organizados y rutas de derivación en la secundaria, y rehabilitación integral y autocuidado en la terciaria. La enfermería coordina agendas, convoca, prepara a los cuidadores para las pruebas, explica resultados y acompaña decisiones. En la gestión, asume la organización de flujos de atención, la coordinación interprofesional y el uso de datos para ajustar la oferta según la demanda real del territorio, según afirma Ibáñez (2022).

Estas competencias se expresan en la identificación de necesidades sentidas y no sentidas, la priorización participativa y la planificación de intervenciones factibles en el territorio. La actuación no se limita al consultorio, se extiende a domicilios, escuelas, espacios de trabajo y lugares de encuentro comunitario, donde se captan señales tempranas de riesgo y se activan redes de apoyo (Ruiz y Jiménez, 2024).

El rol incluye revisión de recursos locales, visitas domiciliarias, articulación con líderes y organizaciones, y elaboración de planes de cuidado centrados en la comunidad, la familia y, obviamente, la persona. La continuidad del vínculo permite identificar barreras reales de acceso y adherencia, ajustar estrategias y mantener el seguimiento para evitar recaídas o progresiones innecesarias de enfermedad.

La práctica clínica diaria ofrece oportunidades para intervenir sobre determinantes. Cada consulta se puede convertir en una oportunidad para reforzar autoeficacia y beneficios percibidos, disminuir barreras y asegurar el compromiso con el plan, en coherencia con el modelo de Pender. Este enfoque bidireccional evita la

fragmentación entre lo curativo y lo preventivo y aumenta la efectividad a largo plazo.
Se ocupa de la dosificación por peso (mg/kg), vigilancia de eventos adversos por kg.,
consentimiento/asentimiento.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico define la ruta que orienta el proceso investigativo y permite garantizar la coherencia entre el problema planteado, los objetivos formulados y las estrategias empleadas para responderlos. Como señalan Hernández Sampieri et al (2017), “el marco metodológico constituye la ruta que guía al investigador para responder al problema planteado” (p. 4). Bajo esta premisa, el presente apartado expone la estructura metodológica adoptada para la revisión sistemática.

3.1 Tipo de investigación

Hernández Sampieri et al., (2017), dicen que el tipo de investigación es la clasificación general que ubica un trabajo según su enfoque, alcance, diseño y temporalidad, ofreciendo una síntesis de cómo se producen y analizan los datos. Su función es enmarcar la lógica del proceso indagatorio antes de detallar procedimientos específicos. En los subapartados siguientes se precisan estas categorías

3.1.1 Según su enfoque

El estudio adopta un enfoque cualitativo-documental orientado a la comprensión y síntesis crítica de conocimientos publicados sobre los aportes de la enfermería pediátrica a la promoción de la salud en la Atención Primaria de la Salud (Ñaupas et al, 2023).

Se parte de una perspectiva interpretativa que reconoce la especificidad del curso de vida infantil y adolescente, integra el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender como eje teórico y privilegia la lectura contextual de las intervenciones reportadas según grupo etario y ámbito (hogar, escuela, consulta y comunidad). Este

enfoque permite relacionar qué se hace, por qué se hace y cómo se mide en población pediátrica, evitando extrapolaciones desde la práctica del adulto.

Dentro de este marco, la evidencia se aborda como fuente secundaria y se organiza para producir una comprensión coherente y útil para la toma de decisiones en servicios. El énfasis no está en probar causalidad sino en describir, comparar y valorar la consistencia de los hallazgos disponibles (2020–2025) en niñas, niños y adolescentes, identificando tanto convergencias como lagunas de reporte que orienten mejoras en la práctica y en futuras investigaciones.

3.1.2 Según su diseño

Se emplea un diseño de análisis documental con procedimientos sistematizados de búsqueda, cribado, extracción y síntesis narrativa (Pereyra, 2022). El diseño organiza la revisión en fases secuenciales: identificación de literatura en bases y portales relevantes, aplicación de criterios de elegibilidad pediátricos y de rol de enfermería en APS, lectura a texto completo, y construcción de una matriz de extracción que sintetiza cada intervención a los constructos del modelo de Pender, los instrumentos pediátricos utilizados y los resultados clínicos o de proceso informados por los estudios (Hernández-Sampieri et al., 2017).

El diseño incorpora controles de calidad propios de revisiones rigurosas: registro transparente de cadenas de búsqueda y fechas, cribado por dos revisores, verificación cruzada de la extracción y trazabilidad de decisiones de inclusión/exclusión.

La síntesis se presenta por grupos etarios y ámbitos de intervención, priorizando la claridad y la aplicabilidad práctica; no se realiza metaanálisis ni estimación de tamaños de efecto, dado el carácter heterogéneo de los diseños y medidas, sino que se privilegia una lectura explicativa y comparativa que sostenga la utilidad del producto para la gestión y la clínica en atención primaria.

3.1.3 Según su alcance

El estudio es descriptivo–analítico, con alcance comparativo y síntesis narrativa, de acuerdo a lo señalado por Hernández Sampieri et al (2017). De allí que se considere descriptivo porque identifica y caracteriza las intervenciones y aportes de la enfermería pediátrica en promoción de la salud dentro de la Atención Primaria de la Salud; es analítico porque organiza y relaciona esos aportes con los constructos del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, examinando su coherencia interna y su pertinencia por grupo etario y ámbito de intervención.

El componente comparativo se expresa en la confrontación sistemática de hallazgos entre neonatos, lactantes, preescolares, escolares y adolescentes, así como entre hogar, escuela, consulta y comunidad, sin pretender estimar efectos causales.

El estudio es no experimental, transversal y retrospectivo, pues trabaja exclusivamente con fuentes secundarias publicadas en el período 2020–2025. La unidad de análisis son artículos arbitrados que reportan intervenciones lideradas o colideradas por enfermería y que emplean instrumentos pediátricos validados. En consecuencia, el alcance del trabajo es explicar y sintetizar críticamente la evidencia

disponible, delimitando tendencias, vacíos y condiciones de implementación, más que probar hipótesis causales o realizar meta-análisis. Esta definición de alcance es consistente con los objetivos planteados y con la naturaleza documental de la investigación a nivel de maestría.

3.2 Sujetos, entorno o fuente de información

Para el desarrollo de este estudio se recurre exclusivamente a fuentes documentales, priorizando fuentes científicas y académicas con reconocida trayectoria. Esta elección metodológica se sustentó en la necesidad de acceder a información confiable, actualizada y validada por procesos de revisión por pares, sin la participación de fuentes humanas ni generación de datos primarios.

Las fuentes seleccionadas fueron Pudmed (n=5.384), Redalyc (n=3.638), BVS (n=226), Scielo (n=1.886), Dialnet (n=3.874), Google Académico (n=10.440), por su reconocido prestigio, cobertura internacional y relevancia temática en enfermería, promoción de la salud y atención primaria. Estas plataformas permitieron acceder a estudios originales, artículos de revisión, ensayos clínicos y publicaciones académicas pertinentes al objeto de estudio.

3.2.1 Población

En el contexto de este trabajo, la población corresponde al conjunto total de documentos científicos disponibles que abordan el fenómeno en estudio, y no a personas u organizaciones (Ramírez, 2023). De allí que, la población documental está conformada por 36 estudios científicos arbitrados publicados entre 2020 y 2025 que

abordan aportes de la enfermería pediátrica a la promoción de la salud en Atención Primaria de la Salud. Se consideran elegibles los estudios que trabajen con población pediátrica conformada por niñas, niños y adolescentes, describan intervenciones lideradas o colideradas por enfermería en hogar, escuela, consulta o comunidad, y reporten procesos o resultados con métricas apropiadas para menores. La delimitación etaria preserva la coherencia clínica y evita la mezcla con protocolos de adulto.

Se consideraron, como parte de esta población, todos aquellos estudios publicados entre los años 2020 y 2025, disponibles en texto completo, revisados por pares y redactados en español, inglés o portugués. Para su identificación, se realizó una búsqueda exhaustiva en sitios PubMed, SciELO, Dialnet, Google Scholar y Redalyc, utilizando operadores booleanos AND y OR, para combinar de forma precisa los descriptores: rol del enfermero, rol de enfermería, promoción de la salud, enfermería comunitaria, aporte de enfermería, contribución de enfermería y promoción de la salud comunitaria.

Este procedimiento permitió recuperar inicialmente un total de 25,358 artículos científicos. Tras un proceso riguroso de cribado y depuración basado en el protocolo PRISMA, se identificaron finalmente los 36 estudios que responden a todos los criterios metodológicos y temáticos de inclusión, por lo que constituyeron la población final de análisis para este estudio. Estos 36 artículos se listan a continuación, con el fin de ofrecer transparencia y trazabilidad al proceso de selección. (Ver Anexo 1)

3.2.2 Muestra

En el marco de la revisión sistemática, la muestra está constituida por el conjunto de estudios que, tras ser sometidos a un proceso de cribado, evaluación metodológica y lectura crítica, cumplen rigurosamente con los criterios de inclusión establecidos y resultan pertinentes para responder a los objetivos de investigación.

Tras evaluar exhaustivamente los artículos seleccionados, estos se sometieron a evaluación metodológica utilizando las herramientas CASPe (Critical Appraisal Skills Programme España) y STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), que permitieron valorar la validez interna, la claridad en la exposición de los métodos, la consistencia de los resultados y la aplicabilidad de los hallazgos a contextos similares.

Como resultado del proceso antes descrito, se seleccionó una muestra final de 18 artículos, considerando los más pertinentes y relevantes para el propósito del estudio, por su enfoque temático, claridad metodológica y aporte concreto al análisis del rol de la enfermería en la PS desde la atención primaria comunitaria. A continuación, se presenta la lista de los estudios incluidos en la muestra final:

Tabla 1
Muestra de artículos seleccionados

Nº	Título del artículo	Autores
1	Health education provided by nurses to children and young people: parents' assessment	Fonseca et al (2023)

2	Intervención educativa en atención primaria para reducir y mejorar la adecuación de las consultas pediátricas	Vázquez et al (2020)
3	Atención de enfermería en la prevención de hospitalizaciones infantiles por patologías sensibles a la atención primaria	Vieira et al (2021)
4	Modelo de atención sanitaria a la infancia y adolescencia en Atención Primaria. La realidad de una atención integral compartida	Vega et al. (2023)
5	Intervenciones de los profesionales de enfermería de atención primaria de salud en el control de crecimiento y desarrollo en lactantes	Lucas-Choez (2021)
6	Pediatría de atención primaria centrada en el paciente. ¿Se necesita un cambio de paradigma?	Praena y Cortés (2020)
7	Percepción de las enfermeras pediátricas de atención primaria sobre el Programa Infancia con Salud	Arévalo et al (2022)
8	Contribuciones de enfermería en la promoción de entornos educacionales saludables	Benavides et al (2025)
9	Enfermería pediátrica: En la vanguardia de la atención a la infancia	Galarza (2024)
10	Situación actual y retos de la enfermería pediátrica	Morales (2023)
11	Análisis de la Relevancia e Impacto de la Enfermería Pediátrica en los Distintos Contextos de la Salud	Castillo y Moreno (2025)

12	Conceptualización y percepción de enfermería sobre el cuidado del niño	Melgarejo y et al (2022)
13	Rol de la enfermería en la promoción de hábitos alimenticios saludables en niños escolares	Pinargote et al (2024)
14	O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade	Jorge et al (2020)
15	Educación y promoción de la salud desde la enfermería	Izquierdo et al (2022)
16	Cuidado de enfermería a niños con infección por Coronavirus: Revisión integrativa	Sánchez et al (2024)
17	The Role of Pediatric Nurses in Promoting Child Health and Well-Being	Al Sharif et al (2024)
18	Key factors affecting health promoting behaviors among adolescents: a scoping review	Tabrizi et al (2024)

Nota: Elaborado por los autores a partir de recolección de información en bases de datos

Los estudios antes listados representan una amplia diversidad geográfica, ya que abarcan un total de nueve países, lo que aporta una perspectiva internacional sobre el rol de la enfermería en la atención primaria de salud y la PS comunitaria.

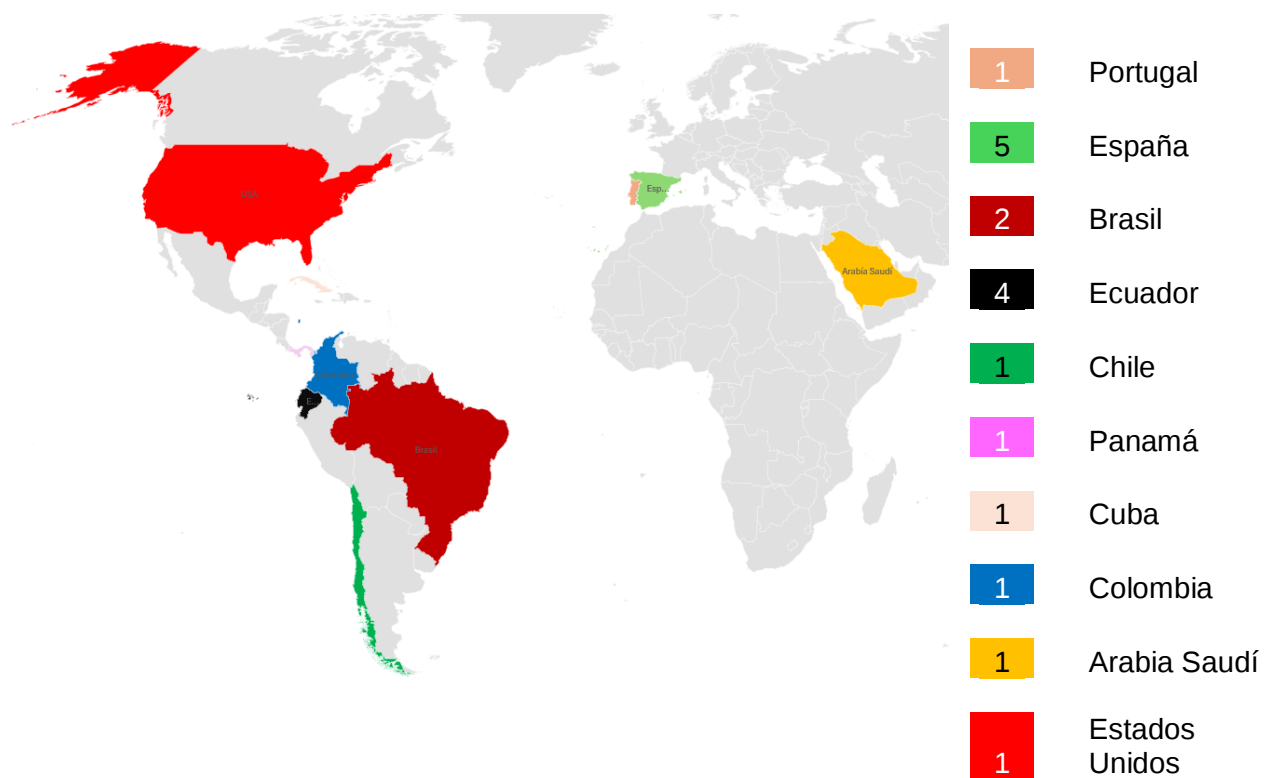
Tabla 2
Número de artículos según el país

País	Número de artículos
Portugal	1
España	5
Brasil	2
Ecuador	4
Chile	1
Panamá	1
Cuba	1
Colombia	1
Arabía Saudí	1
USA	1

Nota: Elaborado por los autores a partir de recolección de información en bases de datos

Esta distribución evidencia un predominio de la producción científica en países latinoamericanos, donde la enfermería comunitaria ha cobrado relevancia como disciplina estratégica para el fortalecimiento de los sistemas de salud pública. La representación de otros contextos, como Estados Unidos, Arabia Saudita y Portugal, enriquece el análisis comparativo, al ofrecer diferentes modelos de práctica profesional y enfoques institucionales.

Figura 2
Origen de los artículos analizados



Nota: Elaborado por los autores partir de recolección de información en bases de datos

En la Figura 1 se pueden observar los países que aportan artículos para el estudio, partiendo de España que destaca con la mayor cantidad de investigaciones (5 artículos), seguido de Ecuador (4), mientras que Brasil aporta dos estudios. En menor proporción, se identificaron publicaciones provenientes de Panamá, Portugal, Chile, Cuba, Colombia, Arabia Saudí y Estados Unidos, cada uno con un artículo.

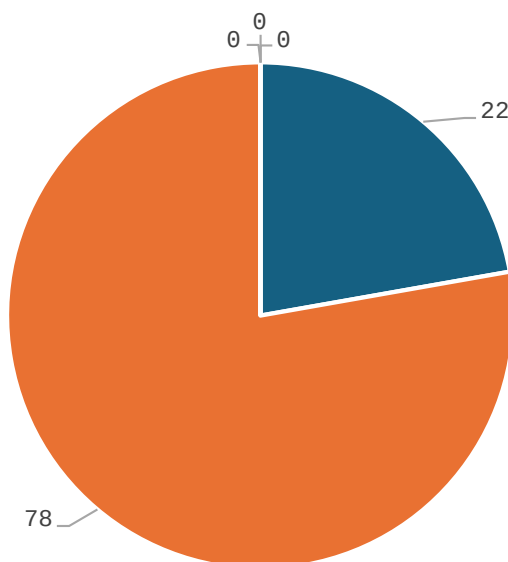
En conjunto, la muestra seleccionada permite examinar tendencias globales y regionales en la integración de la enfermería dentro de los programas de atención

primaria, aportando una base sólida para la síntesis de evidencias en el marco de esta revisión documental.

Por otro lado, para visualizar el peso de cada artículo, en la construcción de resultados, se estimó un puntaje ordinal de 1 a 5. Este puntaje integró dos componentes: (a) calidad metodológica, evaluada mediante STROBE/CASPe según el diseño, y (b) relevancia del aporte, definida por el grado en que el artículo respondió de forma directa a los objetivos específicos del estudio. El peso final se obtuvo a partir del promedio de ambos componentes, permitiendo una lectura equilibrada entre robustez y pertinencia de la evidencia. (Ver anexo 4)

Figura 3.

Peso metodológico de la muestra de los artículos seleccionados



Nota: Elaborado por los autores (2026)

La Figura 3 muestra la distribución de los 18 artículos según el peso metodológico asignado en una escala de 1 a 5, donde los valores más altos

representan mayor solidez y pertinencia para sustentar el análisis. Se observa una concentración predominante en los niveles 4 ($n=14$) = 78% y 5 ($n=4$) = 22%, lo que sugiere que la mayor parte de la muestra presenta un respaldo metodológico moderado-alto y un aporte relevante para los objetivos específicos. No se registran artículos en los niveles 1, 2 y 3, lo que indica que, bajo la escala aplicada, la muestra no incorpora evidencia considerada de baja calidad o escasa relevancia, fortaleciendo la consistencia general de los resultados presentados.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Para garantizar la coherencia y la rigurosidad del proceso de selección de los estudios, se establecieron criterios explícitos de inclusión y exclusión que orientaron el cribado y la evaluación de los artículos recuperados en la fase de búsqueda bibliográfica. Estos criterios permitieron delimitar el corpus documental a investigaciones pertinentes, actualizadas y metodológicamente sólidas en relación con los aportes de la enfermería a la PS en APS.

3.3.1 Criterios de inclusión

- Artículos científicos publicados entre 2020 y 2025, disponibles en texto completo.
- Estudios en idioma español, inglés o portugués.
- Publicaciones revisadas por pares, alojadas en fuentes académicas reconocidas.
- Investigaciones que aborden el rol de la enfermería pediátrica en acciones de PS en el contexto de la atención primaria o comunitaria.

- Estudios con enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto, que presenten resultados evaluables o análisis sustantivos.
- Documentos que describan intervenciones, funciones, estrategias, modelos o enfoques teóricos vinculados a la práctica de la enfermería pediátrica de poblaciones entre 0 y 17 años.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Artículos inaccesibles a texto completo o que no hayan sido sometidos a revisión por pares.
- Estudios centrados exclusivamente en el ámbito hospitalario, especializado o clínico-quirúrgico sin vínculo con la PS en APS.
- Investigaciones que no especifiquen el rol directo del profesional de enfermería pediátrica en las intervenciones descritas.
- Documentos duplicados, fuentes grises, cartas al editor, resúmenes de congresos o informes sin validez científica comprobada.
- Publicaciones que no presenten claridad metodológica o que carezcan de criterios mínimos de rigor, según las guías CASPe o STROBE.

Estos filtros garantizaron la selección de una muestra robusta, pertinente y alineada con los objetivos de la investigación, asegurando la calidad de la síntesis y la validez de las conclusiones extraídas.

3.4 Métodos e instrumentos de investigación

En coherencia con el diseño de revisión sistemática adoptado, se emplean técnicas propias de la investigación documental y cualitativa orientadas al análisis riguroso de publicaciones científicas. La principal técnica utilizada fue la observación documental, entendida como el examen sistemático, crítico y organizado de fuentes escritas, con el propósito de identificar información relevante y contrastarla con los objetivos del estudio. Como instrumento para esta técnica se aplicó la lectura analítica y selectiva de los textos recuperados.

Asimismo, se utiliza la revisión bibliográfica especializada como técnica complementaria, orientada a rastrear y recopilar información científica disponible sobre los aportes de la enfermería pediátrica a la PS en APS. El instrumento asociado a esta técnica fue una matriz de categorías diseñada expresamente para esta investigación, en la que se organizaron los datos extraídos de cada artículo (autoría, año, país, objetivo, metodología, tipo de intervención, resultados y conclusiones), facilitando su comparación y análisis posterior.

Para la localización de los documentos, se aplica una estrategia de búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, SciELO, Dialnet, Google Scholar y Redalyc, utilizando operadores booleanos (AND, OR) para combinar términos clave. El software Zotero se empleó como herramienta de apoyo para la gestión de referencias, permitiendo el almacenamiento, depuración y clasificación de los artículos.

Se aplican las guías STROBE (Ver Anexo 2) y CASPe (Ver Anexo 4) como instrumentos auxiliares para la lectura crítica, según el enfoque metodológico de cada estudio. Esta combinación de técnicas e instrumentos permitió garantizar la validez del proceso de recolección, la relevancia de los documentos seleccionados y la calidad de la información integrada en el análisis.

3.5 Validez y confiabilidad

Para avalar la confiabilidad y la validez de la información obtenida en esta revisión sistemática, se adoptaron estrategias metodológicas rigurosas en cada fase del proceso. La validez se abordó desde una perspectiva interna, asegurando que los estudios incluidos respondieran de forma directa y fundamentada al problema de investigación planteado, y desde una validez externa, mediante la inclusión de estudios de distintos países y contextos, lo que favorece la transferibilidad de los hallazgos.

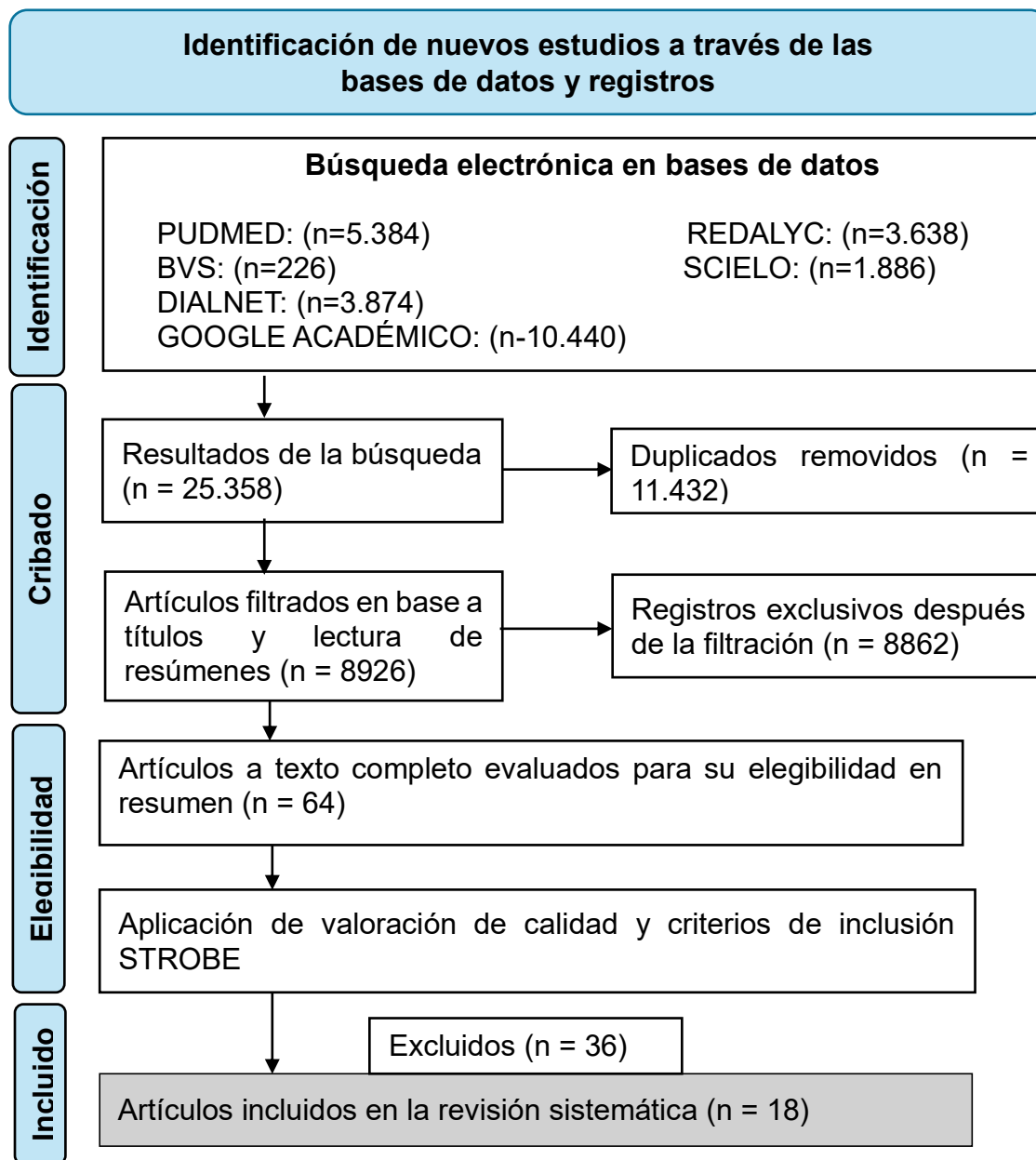
La confiabilidad, entendida como la consistencia y estabilidad del proceso de análisis, fue fortalecida mediante la aplicación de instrumentos de lectura crítica validados, específicamente las guías CASPe para estudios cualitativos y STROBE para investigaciones de tipo observacional cuantitativo. Estos instrumentos permitieron evaluar de forma sistemática la claridad metodológica, la solidez de los resultados y el control de posibles sesgos en los artículos seleccionados. Además, se construyó una matriz de categorías como instrumento organizador del análisis, lo cual contribuyó a mantener la coherencia en la extracción e interpretación de la información.

La transparencia en los criterios de inclusión y exclusión, el uso de operadores booleanos para la búsqueda estructurada, y la documentación detallada del proceso de cribado, conforme al protocolo PRISMA, reforzaron tanto la trazabilidad como la replicabilidad del estudio. El protocolo PRISMA también sirvió para documentar el proceso de identificar, seleccionar y la inclusión de los artículos, así como representar gráficamente de forma clara y secuencial cada fase del procedimiento seguido en esta revisión sistemática.

En la fase de identificación, se recuperaron un total de 25.358 artículos científicos a través de búsquedas estructuradas en cinco bases de datos reconocidas, utilizando operadores booleanos y descriptores relacionados con el rol de la enfermería en la PS comunitaria. Tras la depuración inicial y eliminación de duplicados, se retuvieron 12.000 registros únicos.

Durante la fase de cribado, se realizó una lectura exploratoria de títulos y resúmenes, lo que permitió descartar 11.964 artículos que no cumplían con los criterios temáticos o metodológicos establecidos. Esto condujo a una muestra reducida de 36 artículos que fueron evaluados a texto completo. En la fase de elegibilidad, se aplicaron los instrumentos CASPe y STROBE para llevar a cabo la lectura crítica de los 36 estudios, identificando aspectos metodológicos clave, fortalezas y debilidades, como se observa en la siguiente figura

Figura 4
Diagrama PRISMA



Nota: Elaborado por los autores (2025)

En la fase de inclusión, se integraron 18 artículos que cumplieron con todos los criterios definidos, conformando así la muestra final de análisis. Esta secuencia lógica y transparente fortaleció la trazabilidad del proceso y garantiza que las conclusiones

de la presente investigación se basan en evidencia robusta, pertinente y metodológicamente confiable.

3.6 Tratamiento de la información

La información se tratará en varias fases, iniciando con la lectura exploratoria de los artículos seleccionados y avanzando hacia una lectura comprensiva y crítica, guiada por una matriz de categorías diseñada expresamente para esta investigación. Esta matriz permitirá organizar los datos extraídos de forma sistemática, favoreciendo la identificación de patrones, similitudes y diferencias entre los estudios. La estrategia adoptada se basó en la triangulación entre técnicas de análisis cualitativo y procedimientos de síntesis cuantitativa, compatibles con el enfoque mixto del estudio.

Para garantizar la integridad del análisis, se integraron dos instrumentos metodológicos: la guía STROBE, para estudios observacionales cuantitativos, (Ver Anexo 2) y la guía CASPe, para estudios cualitativos (Ver Anexo 3), lo que permitió evaluar la calidad metodológica de los artículos y reducir el riesgo de sesgo en la interpretación. A partir de esta lectura crítica, se identificaron los ejes temáticos más recurrentes vinculados al rol de la enfermería en la promoción de la salud comunitaria sistemática. El tratamiento de la información puede verse resumido en la siguiente tabla:

Tabla 3
Tratamiento de la información

N ^o	Criterio	Técnica documental	Instrumento empleado	Aplicación descriptiva
1	Búsqueda bibliográfica	Búsqueda sistemática en bases de datos + rastreo complementario	Estrategia de búsqueda (descriptores/términos libres + operadores booleanos) + ficha de preselección por título/resumen	Se ejecutó la búsqueda en PubMed, SciELO, Dialnet, Google Scholar y Redalyc, combinando términos clave con AND/OR. Los registros se consolidaron en un listado único para su depuración inicial y se aplicó un primer cribado por título y resumen, verificando pertinencia temática con el periodo 2020–2025 y el enfoque en APS y población pediátrica.
2	Depuración y gestión de fuentes	Administración electrónica de referencias	Zotero + normalización de metadatos	Se importaron los registros a Zotero para eliminar duplicados, ordenar por carpetas/etiquetas y mantener trazabilidad de la evidencia. Esta gestión facilitó controlar versiones, asegurar consistencia de citación y sostener un repositorio único de documentos incluidos y excluidos.
3	Selección crítica (elegibilidad final)	Lectura a texto completo + evaluación metodológica	Guías STROBE (cuantitativos observacionales) y CASPe (cualitativos) + lista de chequeo estructurada	Los artículos preseleccionados se revisaron a texto completo y se sometieron a lectura crítica según su tipo de estudio, aplicando STROBE y/o CASPe para valorar calidad de reporte, consistencia metodológica y riesgo de sesgo. Con esta valoración se definió la muestra final y se dejó evidencia de la trazabilidad en anexos/listas de verificación.
4	Organización analítica por objetivos	Clasificación temática + triangulación por objetivos específicos	Matriz de categorías + esquema de extracción por artículo	La evidencia elegible se organizó mediante una matriz de categorías, alineada con los objetivos del estudio. En esta matriz se registró información homogénea por artículo (autor, año, país, objetivo, metodología, tipo de intervención/acción, resultados

			y conclusiones) para permitir comparación entre contextos y síntesis por objetivo.
5	Sistematización e integración de hallazgos	Síntesis cualitativa (patrones) + apoyo descriptivo comparativo	Matriz estandarizada de extracción + cuadro comparativo por categorías
			Se sistematizaron los hallazgos en función de categorías de análisis centradas en el fenómeno del estudio (p. ej., aportes de enfermería pediátrica, promoción de la salud, APS/escenario de intervención) y sus subelementos (tipo de aporte: educación/consejería, intervenciones comunitarias, seguimiento, coordinación; y resultados: educativos, conductuales, preventivos y del servicio). La organización permitió identificar convergencias, diferencias contextuales y elaborar la síntesis interpretativa final.

Nota: Elaborado por los autores (2026)

3.6.1 Categorías de análisis

Las categorías fueron definidas con base en los objetivos de la investigación, así como en la recurrencia temática evidenciada en los artículos. Estas se estructuraron como grandes núcleos que permitieron clasificar la información desde una perspectiva comparativa y analítica:

Tabla 4
Categorías de análisis y significados

Categorías de análisis	Significado
Aportes de enfermería pediátrica	Conjunto de acciones clínicas y educativas atribuidas a enfermería en promoción de la salud en Atención Primaria de la Salud (APS).
Promoción de la salud	Acciones orientadas a fortalecer capacidades, hábitos y entornos saludables (educación para la salud, empoderamiento, participación comunitaria, autocuidado, estilos de vida). Se identifica por intervenciones y enfoques descritos como promoción, educación, cambio conductual, bienestar, etc.
Atención Primaria de la Salud	Escenario donde ocurre el rol: atención primaria, comunidad, escuela, familias o territorio. Se identifica por el nivel de atención y el ámbito institucional/comunitario reportado

Nota: Elaborado por los autores a partir de recolección de información en bases de datos

3.6.2 Unidades de análisis

Se constituyó por artículos científicos seleccionados, entendidos como productos de investigación que documentan experiencias, intervenciones o revisiones sobre el rol de la enfermería en la PS desde el enfoque comunitario y de atención primaria.

Cada artículo fue tratado como una unidad independiente, a partir de la cual se extrajeron los siguientes elementos: país de origen, año de publicación, tipo de estudio, objetivos, estrategias de intervención, actores implicados, resultados

observados, recomendaciones formuladas y conclusiones. Estos componentes permitieron una lectura comparada entre distintas realidades nacionales (Brasil, México, Ecuador, Paraguay, entre otros), lo que enriqueció la comprensión del fenómeno en estudio. La articulación entre categorías de análisis y unidades de análisis permitió integrar hallazgos de manera sistemática, identificando tendencias, convergencias y particularidades contextuales que aportan al objetivo general de esta investigación.

Tabla 5
Unidades de categorías, subcategoría indicadores

Categoría	Subcategorías	Indicadores / Unidades de categoría
Aportes de enfermería pediátrica	Tipo de aporte (intervención/acción de enfermería)	• Educación/consejería a niño–familia (temas, modalidad, frecuencia). • Intervenciones comunitarias o grupales • Seguimiento/monitoreo • Coordinación/gestión del cuidado (referencia–contrarreferencia, trabajo intersectorial). • Implementación de modelos/guías/protocolos en APS
	Población pediátrica y foco familiar	• Grupo etario • Participación de cuidadores en la intervención. • Enfoque centrado en la familia
	Resultados atribuibles al aporte	• Resultados educativos: aumento de conocimiento/competencias de autocuidado (niño/familia).

		• Resultados conductuales: cambios en hábitos • Resultados preventivos: incremento de coberturas/controles, reducción de riesgos. • Resultados del servicio: adherencia, continuidad, acceso, satisfacción, calidad percibida.
	Factores que condicionan el aporte	• Barreras: carga laboral, recursos limitados, baja adherencia, determinantes sociales. • Facilitadores: capacitación, protocolos, equipos interdisciplinarios, apoyo comunitario.
Promoción de la salud	Enfoque de promoción	• Educación para la salud (temas, contenidos, estrategias didácticas). • Empoderamiento/autocuidado (habilidades, toma de decisiones, metas de salud). • Participación comunitaria/familiar (involucramiento activo, redes de apoyo).
	Áreas/temas de promoción	• Estilos de vida: alimentación, actividad física, sueño, higiene, salud mental. • Salud materno-infantil asociada. • Entornos saludables (escuela, hogar, comunidad) y hábitos protectores.
	Modalidad de intervención	• Individual vs grupal; comunitaria vs institucional.

		• Presencial vs apoyada por recursos/tecnología (si el artículo lo reporta). • Intensidad: duración, número de sesiones, seguimiento.
	Evaluación/medición de efectos en promoción	• Instrumentos o medidas reportadas • Evidencia de cambios pre/post o resultados cualitativos de mejora.
Atención Primaria de Salud	Características del escenario APS	• Nivel/servicio: centro de salud, comunidad, visitas domiciliarias, escuela (si está dentro del primer nivel). • Accesibilidad y alcance (población adscrita, cobertura, puerta de entrada).
	Funciones APS vinculadas a enfermería	• Prevención y promoción como funciones del primer nivel. • Continuidad del cuidado (seguimiento, crónicos, controles, coordinación). • Articulación APS–salud pública (campañas, vigilancia, redes).
	Población y territorio	• Comunidad/vulnerabilidad (ruralidad, pobreza, grupos de riesgo). • Determinantes sociales considerados en el abordaje.
	Trabajo en red e intersectorialidad	• Coordinación con otros profesionales/servicios. • Vinculación con escuela, municipio, programas comunitarios.

Nota: Elaborado por los autores a partir de recolección de información en bases de datos

3.7 Aspectos éticos

La presente investigación se enmarca en los principios éticos fundamentales que rigen la producción científica, particularmente aquellos relacionados con la honestidad intelectual, respeto al derecho de autor y la transparencia metodológica. Dado que se trata de un análisis documental de estudios previamente publicados, no se involucró contacto directo con seres humanos ni se recolectaron datos personales, por lo que no fue necesario solicitar aprobaciones o permisos para realizar investigaciones con humanos.

No obstante, se tomaron en cuenta los lineamientos éticos que aplican a los estudios de tipo documental, especialmente en lo que respecta al uso adecuado de las fuentes consultadas, el reconocimiento de la autoría original de los trabajos analizados y la integridad en la presentación e interpretación de los resultados. Se garantizó la fidelidad de los datos extraídos, evitando manipulaciones o sesgos intencionados.

Asimismo, se respetaron los criterios de confidencialidad de acceso restringido para aquellos artículos disponibles mediante suscripción o licencias académicas institucionales, gestionados mediante el uso responsable de plataformas como Zotero. Todo el proceso de análisis se realizó con el objetivo de aportar nuevo conocimiento desde la sistematización de la evidencia disponible, sin distorsionar ni apropiarse indebidamente los hallazgos de otras investigaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta la sistematización, análisis e interpretación de los hallazgos derivados de la revisión de la evidencia científica sobre los aportes de la enfermería pediátrica a la promoción de la salud en atención primaria, correspondiente al periodo 2020–2025. Con el propósito de garantizar trazabilidad y coherencia analítica, los 18 artículos seleccionados (muestra final) se organizaron mediante una estrategia de triangulación documental orientada por los objetivos específicos del estudio.

En lugar de abordar la muestra como un bloque homogéneo, cada artículo fue vinculado al objetivo específico que responde de manera predominante, atendiendo a su foco central: (1) descripción de aportes del rol enfermero en promoción dentro de la atención primaria, (2) identificación y caracterización de modelos o enfoques de promoción aplicables a población pediátrica, y (3) comparación de semejanzas y diferencias de la promoción de la salud según los contextos revisados. Esta distribución por objetivos permite evidenciar, de forma explícita, cómo cada fuente contribuye a la construcción del resultado final, atendiendo a la solicitud de detalle metodológico y analítico.

Tras el análisis de los artículos, se presenta la siguiente tabla que muestra los hallazgos e información relevante.

ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LOS APORTES DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL 2020 AL 2025

Objetivo: Describir los aportes de la enfermera a la promoción de la salud en la población pediátrica en atención primaria.

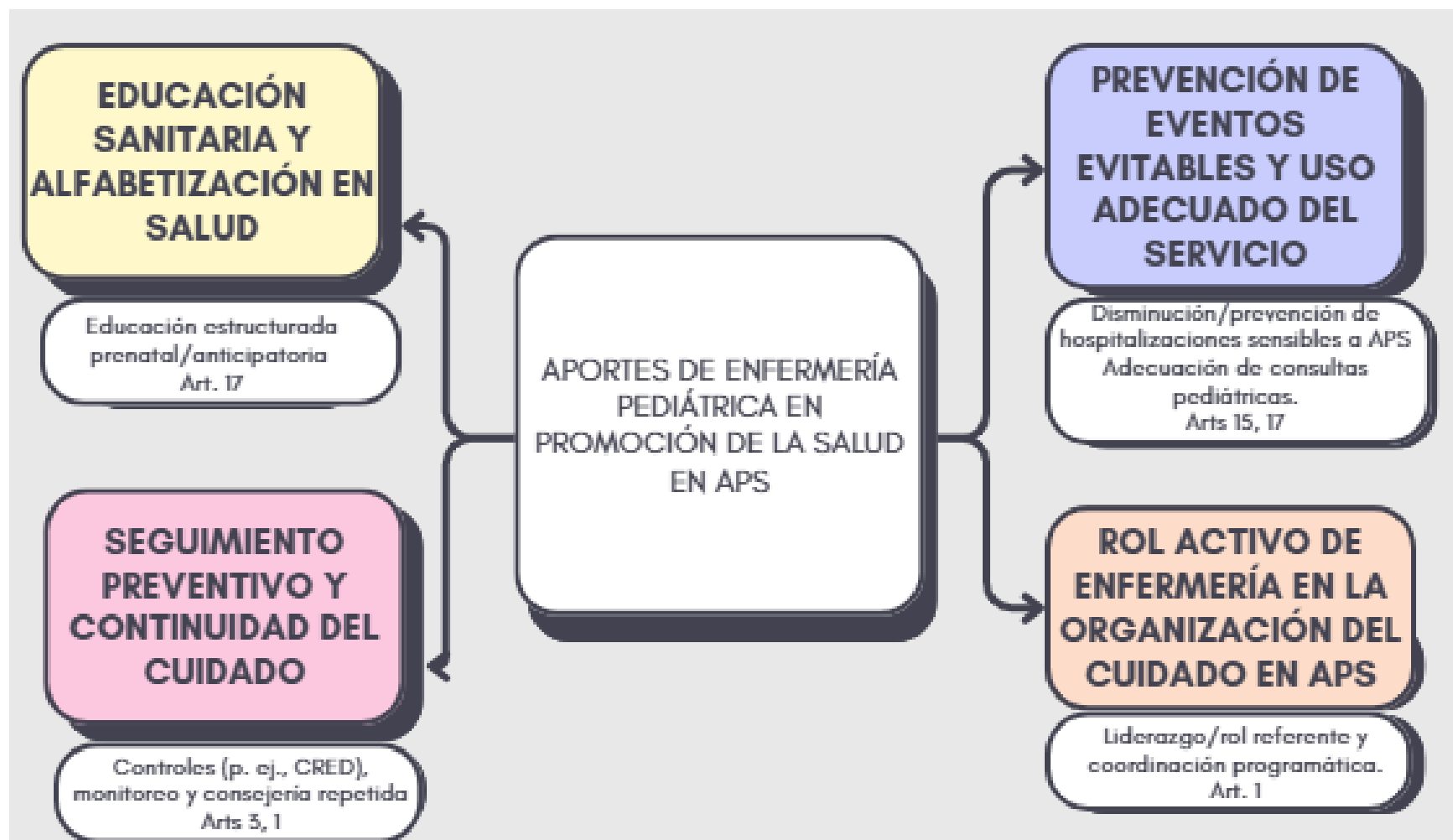
Tabla 6. Aportes de la enfermería pediátrica en la promoción de la salud en la atención primaria

Artículo	Año / País	Objetivo del estudio	Resultados clave (OE1)	Categoría principal	Subcategoría	Conclusiones / Recomendaciones	Semejanzas (patrones comunes)	Diferencias (lo que cambia según contexto)
1. Percepción de las enfermeras pediátricas de APS sobre el Programa Infancia con Salud (Arévalo-Garzón et al.)	2022 / España	Comprender cómo las enfermeras referentes interpretan su rol dentro del programa infantil en APS	La promoción se materializa en liderazgo del programa, autonomía en el seguimiento infantil, educación a familias y necesidad de competencias para diversidad cultural/adolescencia	Rol promotor en APS	Liderazgo; autonomía; interculturalidad	Reforzar formación y apoyos institucionales para sostener promoción con pertinencia cultural	Educación a familias + continuidad del cuidado + rol activo de enfermería en prevención	Contexto con rol referente institucionalizado; barreras por interculturalidad/idioma y demandas emergentes
2. Intervenciones de enfermería en control de crecimiento y desarrollo en lactantes (CRED) (Lucas-Choez et al.)	2021 / Ecuador	Describir intervenciones de enfermería durante el control del lactante en el primer nivel	El aporte promotor se centra en control CRED, consejería a cuidadores y prevención mediante seguimiento; se evidencian brechas de conocimiento/práctica que condicionan la calidad promotora	Seguimiento preventivo en APS	CRED; consejería; adherencia	Capacitación y estandarización para mejorar efectividad del control como estrategia de promoción	Promoción basada en seguimiento + educación breve y repetida en controles	Contexto latinoamericano con variabilidad de competencias y limitaciones operativas reportadas

3. Prevención de hospitalizaciones infantiles por condiciones sensibles a APS (Vieira et al.)	2021 / Brasil	Comprender acciones de enfermería en APS orientadas a prevenir hospitalizaciones evitables	La promoción en APS se traduce en educación sanitaria, seguimiento, vacunación/orientación y vigilancia comunitaria para reducir riesgos que escalan a hospitalización	Prevención de eventos evitables	CSAP; continuidad; territorialidad	Fortalecer seguimiento territorial, educación y articulación del equipo para reducir hospitalizaciones prevenibles	Educación + continuidad + prevención como núcleo del rol promotor	Énfasis en resultados evitables y lógica territorial; foco en continuidad para reducir hospitalización
4. Intervención educativa enfermera prenatal y adecuación de consultas pediátricas (0–6 meses) (Vázquez Fernández et al.)	2019 / España	Evaluar si una intervención educativa prenatal influye en la adecuación de consultas pediátricas posteriores	La educación prenatal estructurada mejora la adecuación del uso de consultas pediátricas en APS, fortaleciendo decisiones informadas y reduciendo demanda inadecuada	Educación estructurada en APS	Prenatal; uso adecuado del servicio	Implementar educación anticipatoria planificada como estrategia promotora y de eficiencia del primer nivel	Educación anticipatoria + empoderamiento familiar + uso racional de servicios	Evidencia con medición de efecto; promoción se expresa como mejora del patrón de uso del servicio (no solo hábitos)

Nota: Elaborado por los autores (2026)

Figura 5. Aportes de enfermería pediátrica a la promoción de la salud en APS



Nota: Elaborado por los autores (2026)

Los resultados obtenidos tras el análisis de los artículos analizados permiten sostener que los aportes de la enfermería pediátrica a la promoción de la salud en atención primaria no se reducen a actividades educativas aisladas, sino que conforman un conjunto articulado de funciones que fortalecen la capacidad resolutive del primer nivel. Se observa que la promoción se expresa como educación sanitaria anticipatoria, seguimiento preventivo con continuidad, orientación para el uso adecuado de los servicios y acciones territoriales orientadas a evitar eventos prevenibles. Este hallazgo es coherente con el enfoque contemporáneo de APS, donde la promoción es efectiva cuando se integra al flujo rutinario del cuidado (controles, consejería, seguimiento) y cuando el equipo de salud cuenta con circuitos claros para sostener esa continuidad.

Un primer aporte crítico es la educación sanitaria como alfabetización en salud familiar, donde más que transmitir información, la evidencia sugiere que la enfermería pediátrica agrega valor cuando logra que cuidadores y familias desarrollen criterios prácticos: qué es normal en el desarrollo del niño, cuáles signos exigen consulta inmediata, qué medidas de autocuidado son seguras y cómo navegar los servicios sin incurrir en consultas inadecuadas. Este enfoque es especialmente potente cuando la educación es estructurada y anticipatoria, por ejemplo, desde el período prenatal y de puerperio temprano, porque prepara decisiones del hogar antes de que aparezcan crisis o dudas recurrentes. En términos de atención primaria, esta alfabetización tiene un doble impacto: protege al niño (prevención) y optimiza el sistema (mejor adecuación de la demanda).

Igualmente, estrechamente ligado al anterior, es el seguimiento preventivo y la continuidad del cuidado. La promoción en pediatría suele apoyarse en instancias periódicas (control del niño sano, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, consejería), que permiten detectar desviaciones tempranas y sostener hábitos protectores. La evidencia directa muestra que la contribución de enfermería se vuelve más visible cuando existe trazabilidad: registro, seguimiento, refuerzo y adaptación de mensajes según la evolución del niño y la dinámica familiar. En este punto, la promoción se comporta como un proceso longitudinal más que como un evento único. Si la APS pierde continuidad (por barreras de acceso, fragmentación o alta rotación), la promoción tiende a debilitarse porque se interrumpe el vínculo y se dispersa la responsabilidad preventiva.

Otro aporte relevante se sitúa en el terreno de la prevención de eventos evitables y la gestión del riesgo. Parte de la evidencia directa conecta el trabajo de enfermería en APS con la reducción de resultados que, en teoría, deberían evitarse con un primer nivel fuerte (por ejemplo, hospitalizaciones sensibles a la atención primaria). Aquí, la promoción aparece integrada a la vigilancia comunitaria, la adherencia a controles, la educación repetida y el seguimiento de familias con mayor vulnerabilidad o riesgo. Este componente es metodológicamente importante para tu capítulo, porque permite argumentar que la promoción no solo produce cambios de conocimiento, sino que se asocia con desenlaces relevantes para la salud infantil y para el desempeño del sistema.

Un aporte, menos visible, pero estructurante, es el rol organizador y coordinador que puede asumir la enfermería pediátrica en programas de infancia dentro de la APS. Cuando la organización del servicio asigna a enfermería un papel claro. Esta dimensión es clave porque explica por qué, aun con mensajes de salud similares, dos contextos pueden producir resultados muy distintos: no es lo mismo promover salud en un primer nivel con roles difusos y alta sobrecarga, que en un primer nivel con rutas preventivas y coordinación funcional.

Al contrastar estos aportes con el contexto panameño, se observa una convergencia conceptual importante: Panamá ha adoptado la APS como marco estratégico y cuenta con una red amplia de instalaciones de primer nivel, además de formatos organizativos orientados a promoción y prevención. Por ejemplo, documentos recientes de organismos internacionales describen que el sistema del MINSA incluye una red extensa de establecimientos y dispositivos del primer nivel. En paralelo, el propio MINSA presenta la cartera de servicios por nivel de atención, subrayando que el primer nivel vincula equipos multidisciplinarios para acciones de promoción, prevención y atención, lo que incluye tareas comunitarias y de apoyo a programas.

En la práctica, Panamá cuenta con instrumentos que favorecen el primer aporte identificado en la evidencia (educación/alfabetización), como la libreta del niño y la niña, que organiza controles, vacunas y seguimiento como una estrategia de continuidad para la familia y el sistema. Este tipo de herramienta puede actuar como soporte estructural para la promoción, porque estandariza mensajes y facilita la

trazabilidad del seguimiento. Sin embargo, la eficacia real depende de condiciones operativas: disponibilidad de personal, tiempo para consejería, continuidad del vínculo, y coordinación entre servicios.

También es pertinente mencionar el enfoque AIEPI como referente en la región. En Panamá circulan materiales y contenidos asociados al manejo integrado de enfermedades prevalentes de la infancia, que refuerzan la lógica de promoción-prevención-detección temprana en el primer nivel. Aunque AIEPI no es exclusivamente promoción (incluye manejo clínico), su filosofía respalda la integración de consejería, identificación de signos de alarma y continuidad, lo cual coincide con los aportes descritas en los artículos analizados.

La comparación también permite identificar tensiones. Una de las más frecuentes, en sistemas con redes complejas, es la fragmentación entre actores institucionales (por ejemplo, cuando la población se atiende entre diferentes subsistemas). En Panamá, los análisis de APS señalan la coexistencia de múltiples componentes de red y la necesidad de fortalecer coordinación y capacidades para consolidar un modelo basado en APS y redes integradas. Esta situación es relevante para tu interpretación: los aportes de enfermería pediátrica (educación, continuidad, prevención de eventos evitables) tienden a amplificarse cuando el primer nivel opera con rutas claras y continuidad de atención, y se debilitan cuando la familia salta entre servicios sin integración de información y seguimiento.

ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LOS APORTES DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL 2020 AL 2025

Objetivo: Detallar los modelos de promoción de la salud para la atención de la población pediátrica.

Tabla 7.

Modelos de promoción de la salud para atención de población pediátrica.

Artículo	Año / País	Objetivo del estudio	Metodología	Resultados	Categoría principal	Sub categoría	Conclusiones / Recomendaciones	Semejanzas	Diferencias
1. Educación y promoción de la salud desde la enfermería (Izquierdo et al.)	2022 / Ecuador	Fundamentar la relación entre educación para la salud y promoción desde el campo de enfermería	Revisión documental	Propone un modelo conceptual donde la promoción se operacionaliza mediante educación planificada, cambio conductual y enfoque en determinantes; refuerza continuidad como requisito para efectos sostenibles	Modelo conceptual de promoción	Educación para la salud; determinantes; cambio conductual	Recomienda orientar la promoción a determinantes y sostener procesos educativos continuos en el primer nivel	La promoción se estructura como proceso, no como evento aislado	Enfoque teórico (no implementación); útil como marco para guiar programas en diferentes entornos
2. Contribuciones de enfermería en la promoción	2025 / Chile	Implementar/analizar un enfoque de promoción de salud en entornos	Intervención aplicada / participativa	Describe un modelo operativo intersectorial (escuela-salud-)	Modelo intersectorial (entornos saludables)	Escuela; participación; ambiente saludable	Recomienda consolidar alianzas y sostener acciones por fases para mantener cambios	Promoción como acción multicomponente (entorno + educación + participación)	Contexto escolar: cambia el escenario, actores clave

de entornos educativos con participación comunitaria		educativos con participación comunitaria		comunidad) basado en autodiagnóstico, plan de acción, participación y criterios para entornos saludables; se enfoca en hábitos y condiciones del entorno					(docentes, comunidad) y el tipo de indicadores (entorno/hábitos)
3. Cuidado de enfermería pediátrica en la perspectiva de las emociones: de Nightingale a la actualidad (Diogo et al.)	2021 / Brasil	Explicar la relevancia del componente emocional en el cuidado pediátrico desde una mirada histórica y conceptual	Reflexivo teórico	Plantea un modelo humanista-relacional : la promoción del bienestar infantil incluye vínculo terapéutico, contención emocional y comunicación como condiciones de adherencia y confianza	Modelo humanista del cuidado promotor	Vínculo; emociones; comunicación terapéutica	Recomienda incorporar dimensión emocional en formación y práctica para mejorar efectividad de la promoción	El enfoque centrado en niño-familia aparece como constante	Enfatiza cómo se cuida (relación emocional) más que circuitos o programas; útil para contextos de alta vulnerabilidad psicosocial
4. Conceptualización y percepción de enfermería	2022 / Perú	Sistematizar cómo se conceptualiza el cuidado infantil desde enfermería y	Revisión sistemática	Integra un modelo por dimensiones del cuidado (integralidad,	Modelo dimensional del cuidado promotor	Integralidad; participación familiar; educación	Recomienda diseñar intervenciones que incorporen activamente a la	Promoción vinculada a educación y participación familiar	Aporta un marco de componentes (dimensiones) más que

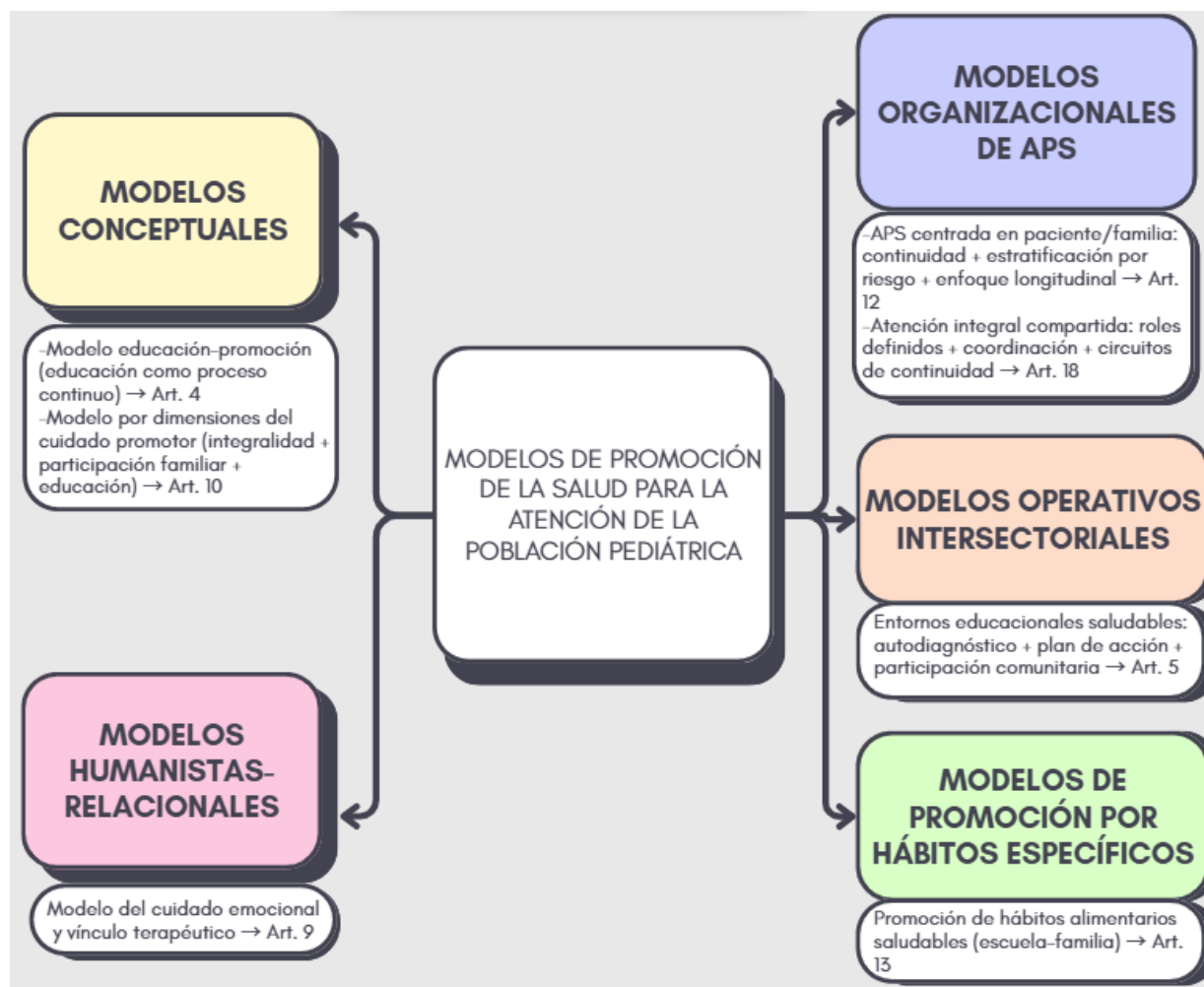
sobre el cuidado del niño (Melgarejo et al.)		sus componentes		participación familiar, educación y apoyo) que funciona como base para estructurar promoción en pediatría			familia y el autocuidado		un programa específico; adaptable a APS, hospital o comunidad
5. Pediatría de atención primaria centrada en el paciente: ¿se necesita un cambio de paradigma? (Praena & Cortés Rico)	2020 / España	Argumentar un cambio de paradigma en APS pediátrica hacia enfoque centrado en paciente/familia y continuidad	Editorial / análisis conceptual	Propone un modelo de APS centrada en paciente con continuidad, estratificación por riesgo y foco longitudinal (incluida cronicidad), donde promoción se integra a gestión del cuidado	Modelo de APS centrada en paciente/familia	Continuidad; riesgo; cronicidad; longitudinalidad	Recomienda reorganizar servicios y roles para sostener prevención/promoción en el tiempo	Continuidad y coordinación aparecen como ejes estructurales	Contexto de transición epidemiológica: prioriza gestión de crónicos y seguimiento; requiere rediseño organizacional
6. Rol de la enfermería en la promoción de hábitos alimenticios saludables en niños escolares (Pinargote et al.)	2024 / Venezuela	Analizar estrategias y aportes enfermeros para promover hábitos alimentarios saludables en población escolar	Documental / revisión	Describe un modelo educativo-conductual centrado en hábitos (alimentación), con articulación escuela-familia como entorno de	Modelo de promoción de hábitos	Nutrición; hábitos; escuela-familia	Recomienda intervenciones sostenidas y coherentes en escuela y hogar para fijar hábitos	Educación y entorno familiar como constantes	Contexto escolar/nutricional: el objeto de promoción es específico (alimentación) y los actores clave son

				implementación; prioriza prevención primaria					escuela y hogar
7. Modelo de atención sanitaria a la infancia y adolescencia en APS: atención integral compartida (Vega Almazán et al.)	2023 / España	Describir un modelo organizacional de atención integral para infancia/adolescencia en APS	Análisis organizacional	Presenta un modelo organizativo basado en atención compartida, roles definidos, coordinación y circuitos que facilitan prevención y promoción longitudinal	Modelo organizacional de APS integral	Atención compartida ; coordinación; roles/circuitos	Recomienda clarificar funciones y rutas de atención para consolidar continuidad y promoción	La promoción requiere estructura, coordinación y roles claros	Diferencia clave: foco en arquitectura del servicio (organización) más que en contenidos educativos; aplicable a red de APS

Nota: Elaborado por los autores (2026)

Figura 6.

Modelo de promoción de la salud para atención de población pediátrica



Nota: Elaborado por los autores (2026)

Los resultados vinculados al Objetivo Específico 2 permiten identificar que, en la muestra asignada (n=7), los modelos de promoción de la salud en población pediátrica no aparecen como una única propuesta uniforme, sino como un conjunto de enfoques complementarios que se organizan en tres niveles: (1) modelos conceptuales, que definen componentes y principios de la promoción; (2) modelos organizacionales, que establecen cómo debe estructurarse la atención primaria para sostener la promoción de forma continua; y (3) modelos operativos/intersectoriales, que trasladan la promoción al entorno cotidiano de niños y familias (escuela, comunidad, hogar). Esta heterogeneidad no representa una debilidad; al contrario, es consistente con la naturaleza multifactorial de la salud infantil, donde la promoción requiere simultáneamente fundamentos teóricos, diseños de servicio y estrategias implementables en contextos reales.

Los modelos conceptuales aportan un marco de referencia imprescindible para comprender la promoción como proceso. La evidencia revisada plantea que la promoción no debería interpretarse como un conjunto de mensajes generales o campañas puntuales, sino como una estrategia educativa de carácter sistemático, que se inserta en la continuidad de la atención y se orienta a modificar determinantes y conductas de forma sostenible. Desde esta mirada, la educación para la salud no es un componente accesorio, sino un mecanismo estructurante del modelo. El valor de estos aportes conceptuales en una tesis de revisión es doble: por un lado, permiten construir categorías analíticas sólidas para ordenar hallazgos (por ejemplo, educación, determinantes, participación familiar, continuidad); por otro, ofrecen criterios para evaluar la coherencia interna de programas o intervenciones. Si un modelo de

promoción no incorpora continuidad ni pertinencia contextual, es previsible que sus efectos sean frágiles. En consecuencia, estos enfoques proporcionan un lenguaje para describir modelos de promoción en pediatría, incluso cuando los artículos empíricos reportan intervenciones parciales o contextuales.

Dentro de este mismo nivel conceptual, aparece con fuerza un segundo componente: la promoción entendida desde un enfoque de cuidado integral y participación familiar. La literatura analizada sugiere que, en pediatría, la promoción solo puede sostenerse si incorpora a la familia como actor central del proceso, dado que gran parte de las decisiones que impactan la salud del niño ocurren fuera del establecimiento de salud. En otras palabras, la promoción pediátrica es, inevitablemente, una promoción mediada por cuidadores. Bajo esta lógica, los modelos no se limitan a intervenir al niño, sino que estructuran estrategias que desarrollan capacidades en el hogar: autocuidado, vigilancia de señales de riesgo, hábitos, seguridad y toma de decisiones informada. La participación familiar, por tanto, no es un complemento, sino una condición de eficacia del modelo.

También, los modelos humanistas-relacionales amplían el concepto de promoción, subrayando que el bienestar infantil no puede separarse de la dimensión emocional del cuidado. Este enfoque aporta un elemento interpretativo de alto valor para tu capítulo: los modelos más robustos no son únicamente los que proponen circuitos o contenidos educativos, sino aquellos que integran el vínculo terapéutico como mecanismo que facilita adherencia, confianza y continuidad. En pediatría, donde el niño puede no verbalizar necesidades con precisión y donde la familia interpreta la

mayor parte de signos y síntomas, la comunicación empática y la contención emocional se convierten en un soporte invisible de la promoción. De hecho, un mismo contenido educativo puede tener resultados distintos según el modo en que se comunica: si la familia se siente juzgada o desatendida, es menos probable que se apropie de las recomendaciones; si se siente acompañada, el proceso de promoción se vuelve más factible. En consecuencia, el modelo humanista no compite con los demás; opera como un componente transversal que mejora la aplicabilidad de cualquier estrategia promotora.

Asimismo, los modelos organizacionales de la atención primaria aportan un eje decisivo para interpretar por qué la promoción se debilita en algunos sistemas aun cuando existen guías y programas. La evidencia asignada al objetivo 2 describe propuestas de reorientación del primer nivel hacia un enfoque centrado en paciente y familia, con continuidad, estratificación por riesgo y seguimiento longitudinal, especialmente ante escenarios donde aumentan condiciones crónicas o necesidades complejas en infancia y adolescencia. Este tipo de planteamientos es crucial porque desplaza el foco desde el qué hacer hacia el cómo organizarse para hacerlo posible. En la práctica, un modelo de promoción en APS requiere roles definidos, circuitos claros, articulación de profesionales y mecanismos de continuidad (por ejemplo, seguimiento programado, retorno planificado, coordinación interprofesional). Cuando el sistema carece de estas bases, la promoción suele quedar a merced de la motivación individual del personal o de acciones discontinuas.

Desde la perspectiva de este trabajo, estos modelos organizacionales permiten construir un argumento sólido: la promoción de la salud en pediatría no es solo una competencia clínica o educativa, sino también un resultado de la arquitectura institucional. Si el primer nivel está diseñado para atender la demanda espontánea sin continuidad, la promoción se vuelve reactiva. Si, en cambio, la APS establece atención compartida, roles, rutas y coordinación, la promoción puede sostenerse como proceso longitudinal. Por ello, en el análisis interpretativo conviene señalar que los modelos organizacionales son especialmente valiosos para el contexto latinoamericano, donde con frecuencia existen limitaciones de personal, saturación de consultas y fragmentación de redes, factores que obstaculizan la continuidad y la prevención efectiva.

Adicionalmente, los modelos operativos e intersectoriales muestran que la promoción pediátrica gana fuerza cuando se implementa en los entornos donde se consolidan los hábitos. En los artículos asignados al objetivo 2, se observa que la escuela y la comunidad aparecen como escenarios privilegiados; ya que permiten intervenir de forma colectiva y sostenida sobre conductas (alimentación, actividad física, higiene, convivencia), además de modificar condiciones del entorno (disponibilidad de opciones saludables, normas, rutinas). Estos modelos suelen incorporar fases o componentes operativos (diagnóstico participativo, planificación, ejecución y evaluación) que hacen que la promoción sea más que un mensaje; la convierten en una intervención con estructura y seguimiento. A nivel interpretativo, esto reafirma que la promoción pediátrica es tanto clínica como social: necesita del sistema sanitario, pero también de alianzas con educación, comunidad y familia.

Con relación a los modelos centrados en hábitos específicos, la evidencia revisada aporta otro aprendizaje: focalizar la promoción en un hábito (por ejemplo, alimentación saludable) no implica reducir su complejidad, sino ofrecer un punto de entrada claro para intervenciones preventivas. En pediatría, donde múltiples riesgos se relacionan con estilos de vida, estos enfoques permiten desarrollar mensajes y estrategias más concretas, con objetivos observables, y con participación de actores clave (docentes, cuidadores, líderes comunitarios). No obstante, el análisis también sugiere que los modelos centrados en hábitos alcanzan mayor efectividad cuando se integran con componentes organizacionales y relacionales; es decir, cuando el sistema facilita continuidad, cuando la comunicación es empática y cuando se sostiene la intervención en el tiempo.

Al trasladar estos modelos al contexto panameño, el análisis adquiere relevancia aplicada. Panamá dispone de marcos y dispositivos del primer nivel orientados a promoción y prevención, además de instrumentos de seguimiento infantil que pueden funcionar como base para modelos longitudinales. Por ejemplo, la existencia de cartera de servicios en el primer nivel y herramientas de control del niño favorece la implementación de modelos que requieren continuidad y trazabilidad. Asimismo, la lógica de intervención territorial y comunitaria se alinea con la organización de la atención primaria en redes de servicios y con esfuerzos de modernización del primer nivel descritos en diagnósticos sectoriales recientes.

Sin embargo, la aplicabilidad de los modelos identificados también invita a reconocer desafíos. Los modelos organizacionales (continuidad, atención compartida,

estratificación por riesgo) requieren condiciones de implementación: disponibilidad de personal, distribución equitativa de recursos, interoperabilidad de información y coordinación real entre niveles y actores institucionales. En contextos donde existe fragmentación del sistema o alta movilidad de la población usuaria, la continuidad puede verse afectada, limitando el potencial del modelo. Del mismo modo, los modelos intersectoriales (escuela–comunidad) demandan acuerdos sostenidos entre salud y educación, además de estrategias culturalmente pertinentes para diferentes regiones y poblaciones. En el caso panameño, donde conviven diversidad cultural y realidades territoriales heterogéneas, la pertinencia cultural e interculturalidad se vuelve un factor decisivo para adaptar los modelos de promoción de forma efectiva.

A partir de lo anterior, puede sostenerse que los modelos de promoción identificados en el objetivo 2 convergen en un modelo integrador: la promoción pediátrica más robusta combina fundamentos conceptuales (educación, determinantes, participación familiar), un componente humanista-relacional y un soporte organizacional, además de estrategias operativas intersectoriales cuando el objetivo es modificar hábitos en entornos cotidianos. Este enfoque integrador es particularmente pertinente para APS, porque traslada la promoción desde el nivel declarativo hacia una lógica implementable. No existe un único modelo universal, pero sí un conjunto de componentes recurrentes que, combinados, configuran modelos de promoción más consistentes, sostenibles y adaptables a contextos diversos, incluyendo el panameño, siempre que se fortalezcan condiciones de coordinación, continuidad y pertinencia cultural.

ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LOS APORTES DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL 2020 AL 2025

Objetivo: Comparar las semejanzas y diferencias de la promoción de la salud en atención primaria de la población pediátrica en los diversos contextos revisados.

Tabla 8.

Semejanzas y diferencias de la promoción de la salud en atención primaria de la población pediátrica en los diversos contextos revisados.

Artículo	Año / País	Objetivo del estudio	Resultados clave	Categoría principal	Subcategoría	Conclusiones / Recomendaciones	Semejanzas	Diferencias
1. Health education provided by nurses to children and young people: parents' assessment (Pereira/Fonseca et al.)	2023 / Portugal	Valorar educación sanitaria brindada por enfermería a población infanto-juvenil desde percepción parental	Permite comparar la promoción desde la perspectiva usuaria: la educación es más efectiva/valorada cuando es clara, accesible y proactiva; aporta contraste de expectativas familiares	Comparación por perspectiva del usuario	Percepción parental; comunicación	Recomienda fortalecer comunicación y accesibilidad de la educación sanitaria para aumentar apropiación familiar	Educación sanitaria como eje transversal; familia como actor crítico	Cambia el foco: no evalúa modelo APS, sino experiencia/valoración; el resultado es percepción, no necesariamente desenlace clínico
2. Análisis de la relevancia e impacto de la enfermería pediátrica en distintos contextos de salud (Castillo & Moreno)	2025 / Panamá	Sintetizar evidencia del impacto de enfermería pediátrica en	Facilita comparación multi escenario: identifica elementos comunes del rol promotor y cómo se	Comparación multi escenario	Rol promotor; educación; familia	Recomienda estandarizar competencias y prácticas para homogeneizar calidad de la promoción	Patrones: educación, enfoque familiar y prevención aparecen repetidamente	Cambian énfasis y mecanismos según el escenario (APS, hospital, comunidad) y la

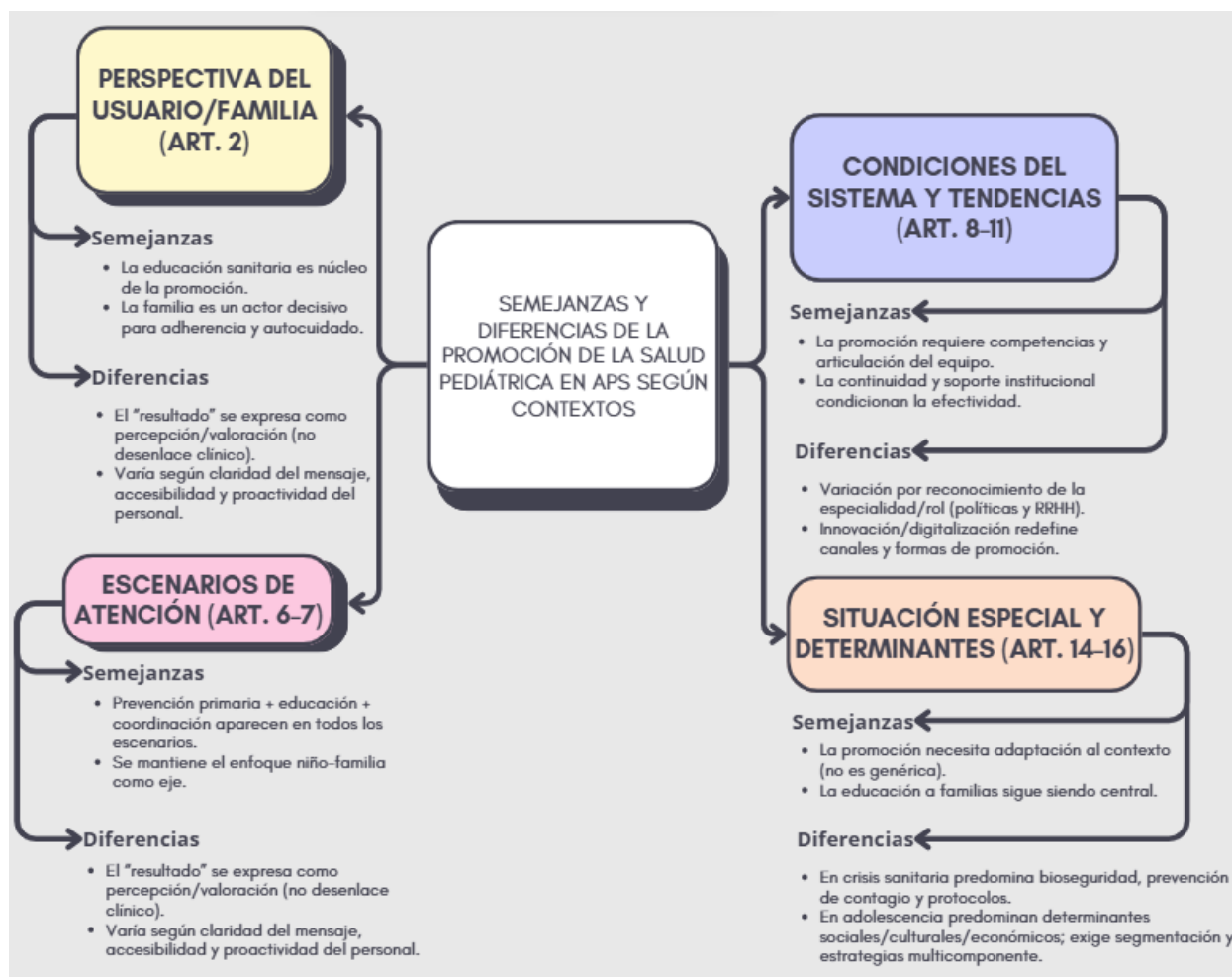
		múltiples escenarios	expresan en diferentes niveles/servicios					estructura del servicio
3. The Role of Pediatric Nurses in Promoting Child Health and Well-Being (Al Sharif et al.)	2024 / Arabia Saudita	Describir/sintetizar el rol promotor de enfermería pediátrica en salud y bienestar infantil	Aporta comparación por escenarios (clínica, comunidad, escuela): el rol se mantiene, pero varía en estrategias, actores y objetivos inmediatos	Comparación por escenarios	Escuela; comunidad; clínica	Recomienda adaptar estrategias al entorno conservando enfoque familiar	Constante: prevención primaria + educación + coordinación	Varía el dónde y con quién se promueve (escuela vs. clínica); cambian recursos y alcance de intervención
4. Enfermería pediátrica: en la vanguardia de la atención a la infancia (Galarza-Medina)	2024 / Ecuador	Describir retos y tendencias de enfermería pediátrica contemporánea	Sirve para comparar enfoques tradicionales vs. emergentes: destaca innovación y actualización como variables contextuales que reconfiguran promoción	Comparación por enfoque/tendencia	Innovación; competencias; digitalización	Recomienda actualización continua y adaptación de estrategias ante cambios del entorno sanitario	Constante: necesidad de competencias y articulación	Diferencia: introduce variabilidad por disponibilidad tecnológica/innovación y por enfoque de modernización del cuidado
5. Current situation and challenges of pediatric nursing (Morales Gil)	2023 / España	Analizar situación y retos de enfermería pediátrica como campo profesional	Permite comparación por condiciones del sistema: donde hay especialidad y reconocimiento, se facilita rol promotor; donde no, se limita alcance	Comparación por condiciones estructurales	Especialización; reconocimiento; rol	Recomienda fortalecer reconocimiento, formación y marco de competencias	Constante: promoción requiere soporte institucional	Diferencia: variación por reconocimiento profesional, organización y políticas de recursos humanos

6. Cuidado de enfermería a niños con infección por coronavirus: revisión integrativa (Sánchez et al.)	2024 / Colombia	Integrar evidencia de cuidados de enfermería en niños con infección por coronavirus	Permite comparar promoción en crisis vs. rutina: durante crisis, promoción se centra en prevención de contagio, bioseguridad y educación familiar de riesgo	Comparación por situación (crisis vs. normalidad)	Bioseguridad; educación; seguridad	Recomienda protocolizar educación y prevención para sostener seguridad en escenarios epidémicos	Constante: educación a familia como eje	Diferencia: en crisis predomina seguridad/bioseguridad y control de riesgos; cambia prioridad de mensajes y recursos
7. Which factors affect health-promoting behaviors in adolescents...? (scoping review) (Tabrizi et al.)	2024 / Irán	Mapear factores que condicionan conductas promotoras en adolescentes	Permite comparación por determinantes: evidencia que la promoción varía según factores sociales, culturales, económicos y psicológicos; apoya segmentación por contexto	Comparación por determinantes	Social; cultural; económico; psicológico	Recomienda diseñar estrategias diferenciadas por contexto y determinantes dominantes	Constante: promoción debe ser contextualizada y no genérica	Diferencia: cambia el foco de la intervención según determinantes predominantes y realidades territoriales

Nota: Elaborado por los autores (2026)

Figura 7.

Semejanzas y Diferencias de la Promoción de la salud pediátrica en APS según contextos



Nota: Elaborado por los autores (2026)

Los resultados asociados al objetivo 3 permiten comparar cómo se expresa la promoción de la salud en atención primaria pediátrica cuando cambia el contexto de implementación. La evidencia asignada a este objetivo (n=7) no se centra en un único programa o país, sino que aporta una mirada comparativa basada en: (a) diferencias por escenario de atención (clínica, escuela, comunidad), (b) variaciones derivadas de condiciones estructurales y organizacionales (competencias, reconocimiento profesional, disponibilidad de innovación), (c) cambios vinculados a situaciones especiales (crisis sanitaria) y (d) la influencia de determinantes que condicionan comportamientos promotores, especialmente en adolescencia. Esta diversidad de enfoques permite sostener una interpretación clave: la promoción de la salud en población pediátrica conserva un núcleo estable de acciones, pero su forma concreta y su efectividad dependen de condiciones contextuales que modifican prioridades, actores, mecanismos e indicadores.

Semejanzas

En el conjunto de artículos revisados, la primera semejanza transversal es la centralidad de la educación para la salud como mecanismo de promoción. Independientemente del escenario, la promoción tiende a materializarse mediante comunicación, orientación, consejería y construcción de capacidades para el autocuidado. Este patrón se observa incluso cuando el artículo no mide resultados clínicos tradicionales, sino percepciones y valoraciones: la familia o el cuidador reconoce la promoción cuando recibe información clara, comprensible, contextualizada y oportuna. En otras palabras, la promoción se percibe efectiva

cuando el usuario experimenta que el sistema le da herramientas y no únicamente instrucciones. Esto sugiere que, a nivel comparativo, la calidad de la educación en salud (claridad, accesibilidad, pertinencia y continuidad) es un indicador transversal, incluso en contextos distintos.

Otra semejanza consiste en que la promoción pediátrica se organiza, directa o indirectamente, alrededor del enfoque familiar. A diferencia de otros campos clínicos, en pediatría, el niño raramente actúa de manera autónoma como agente de salud; las decisiones relevantes se toman en el hogar y están mediadas por cuidadores. Por ello, el componente familiar aparece como constante: la promoción busca modificar prácticas del hogar, fortalecer la vigilancia de signos de alerta, sostener hábitos protectores y favorecer la adherencia a recomendaciones. En consecuencia, los modelos y estrategias de promoción convergen en una misma premisa: sin participación familiar, la promoción pierde alcance y sostenibilidad.

Una tercera semejanza, menos explícita pero recurrente, es la necesidad de adaptación al contexto. Aunque la promoción se presente como un ideal universal, la evidencia comparativa sugiere que la promoción genérica tiende a ser menos efectiva. Los artículos coinciden en que se requiere contextualización por territorio, cultura, edad, recursos y necesidades; de lo contrario, el mensaje educativo se vuelve abstracto y la intervención pierde efecto. Esta semejanza se vuelve aún más evidente cuando el análisis se traslada a adolescencia o a crisis sanitarias, donde la promoción necesariamente cambia de forma para responder a riesgos concretos y condiciones dinámicas.

Diferencias

La comparación por contextos muestra que la promoción varía, en primer lugar, según el tipo de evidencia que se prioriza y el modo de medir la promoción. En estudios orientados a percepción parental, el resultado central no es una tasa de enfermedad o un desenlace clínico, sino la valoración del usuario sobre la educación recibida. Esto introduce una diferencia metodológica y práctica: en ciertos contextos, la promoción se evalúa por su calidad comunicativa y por su capacidad de responder a expectativas familiares, mientras que en otros se evalúa por su contribución a prevenir eventos específicos o por su impacto en indicadores de uso de servicios. En términos interpretativos, esto significa que la promoción puede ser vista como proceso relacional (experiencia del usuario) o como estrategia de eficiencia (reducción de demanda inadecuada, prevención de riesgos), y ambos enfoques conviven dependiendo del contexto.

Otra diferencia clave emerge al comparar escenarios de intervención. En el contexto clínico de APS, la promoción suele anclarse en controles, consejería individual o familiar y seguimiento longitudinal. En cambio, en escenarios escolares o comunitarios, la promoción se desplaza hacia el entorno y se apoya en acciones colectivas: cambios de rutinas, normas, disponibilidad de opciones saludables y participación de actores no sanitarios. La diferencia no es de finalidad (promover salud), sino de mecanismo: en clínica se trabaja uno a uno con continuidad; en escuela se trabaja uno a muchos sobre condiciones y hábitos. Esto también modifica los indicadores: en clínica se observan adherencia, asistencia a controles o uso

adecuado; en escuela se observan cambios en hábitos, conocimiento colectivo y ambiente saludable.

Una tercera diferencia está determinada por condiciones del sistema y del campo profesional. Los textos orientados a desafíos y condiciones estructurales sugieren que, cuando existe reconocimiento claro del rol, especialización y soporte institucional, la promoción se vuelve más consistente y sostenible. Cuando esos elementos faltan, la promoción se fragmenta, se reduce a acciones puntuales o depende excesivamente de la iniciativa individual. En esta comparación, la promoción no depende solo de buenas prácticas, sino de capacidad instalada: competencias, estabilidad de equipos, rutas de atención, tiempo disponible para educación, y respaldo normativo. En paralelo, la innovación y la digitalización aparecen como factores contextuales que reconfiguran la promoción: modifican canales de comunicación, modalidades educativas y potencial de seguimiento, pero al mismo tiempo abren brechas entre escenarios con distinto acceso tecnológico.

Una cuarta diferencia, especialmente relevante, se observa cuando el contexto está marcado por una situación especial, como una crisis sanitaria. En este escenario, la promoción cambia de prioridad: se centra en prevención de contagio, bioseguridad, manejo del riesgo y educación familiar enfocada a seguridad. La promoción se vuelve más protocolizada y orientada al control de riesgos inmediatos, relegando temporalmente otros objetivos preventivos de largo plazo. Esta variación es importante porque demuestra que la promoción no es estática; se reordena según amenazas predominantes, disponibilidad de recursos y presión sobre el sistema. A nivel

interpretativo, este hallazgo refuerza la necesidad de modelos flexibles: un primer nivel que promueve salud debe poder cambiar de foco sin abandonar el componente educativo y familiar.

Una quinta diferencia proviene del análisis de determinantes, especialmente en adolescencia. La promoción en este grupo no puede abordarse únicamente con mensajes individuales, porque los comportamientos promotores están condicionados por factores sociales, culturales, económicos y psicológicos. La comparación por determinantes introduce un cambio sustantivo: la promoción se vuelve necesariamente segmentada y multicomponente, y exige intervenciones que articulen escuela, familia, comunidad y políticas públicas, además del sistema sanitario. Esto explica por qué ciertos enfoques funcionan en algunos contextos y fallan en otros: no se trata únicamente de intensidad educativa, sino de compatibilidad entre la intervención y el entramado de determinantes que moldean la conducta.

Integración interpretativa: un núcleo común con mecanismos contextuales

Al integrar semejanzas y diferencias, se evidencia una conclusión comparativa: la promoción de la salud en APS pediátrica mantiene un núcleo común (educación, enfoque familiar, prevención y necesidad de adaptación), pero los mecanismos concretos cambian según escenario, condiciones institucionales y determinantes. Desde una perspectiva de análisis, esto implica que la promoción no debe describirse como una receta única, sino como una estrategia adaptable que requiere decisiones de diseño según el contexto: ¿se prioriza seguimiento clínico y continuidad?, ¿se

prioriza intervención de entorno y hábitos?, ¿se requiere respuesta a crisis y control de riesgos?, ¿predominan determinantes sociales que exigen intersectorialidad? La evidencia revisada sugiere que una APS pediátrica efectiva no solo realiza promoción, sino que selecciona mecanismos pertinentes, define indicadores adecuados para su realidad y sostiene continuidad donde es crítico.

En el caso panameño, estas comparaciones son particularmente pertinentes debido a la diversidad territorial, cultural y organizativa del sistema. Panamá combina áreas urbanas con alta concentración de servicios, regiones rurales y comarcas con particularidades socioculturales, lo que implica que la promoción debe adaptarse tanto por accesibilidad como por pertinencia cultural. En términos comparativos, Panamá enfrenta desafíos similares a los descritos en la literatura: la efectividad de la promoción dependerá de la continuidad del primer nivel, de la articulación intersectorial (por ejemplo, con educación) y de la capacidad de diseñar mensajes y estrategias diferenciadas según determinantes. Asimismo, la experiencia reciente en crisis sanitarias mostró que la promoción debe poder reordenarse hacia seguridad y prevención inmediata sin perder el enfoque familiar y educativo.

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura permitió apreciar que la promoción de la salud constituye uno de los escenarios en los que la enfermería ha logrado un mayor nivel de participación y desarrollo dentro de la atención primaria. Las investigaciones analizadas muestran que la labor de estos profesionales trasciende la atención directa al paciente y se extiende hacia la educación sanitaria, la organización de actividades comunitarias y el acompañamiento de las personas en la adopción de prácticas orientadas al cuidado de la salud.

Los estudios examinados coinciden en señalar que las intervenciones desarrolladas por el personal de enfermería han generado resultados favorables en diversos contextos, especialmente en el fortalecimiento de hábitos saludables, el incremento de la adherencia a tratamientos y la participación de la comunidad en acciones preventivas. De igual manera, las experiencias reportadas evidencian que la cercanía de la enfermería con la población facilita la identificación de necesidades y la implementación de respuestas ajustadas a las características de cada grupo social.

La literatura revisada también pone de manifiesto que la práctica de enfermería en promoción de la salud se encuentra sustentada en enfoques y modelos teóricos que orientan la planificación de las intervenciones y contribuyen a mejorar su efectividad. La incorporación de estos referentes conceptuales ha permitido desarrollar acciones más organizadas y centradas en las necesidades de las personas, favoreciendo la continuidad de las estrategias preventivas y de educación para la salud.

Sin embargo, los avances identificados conviven con dificultades que continúan limitando el alcance de las acciones de promoción de la salud. La insuficiencia de recursos, las cargas laborales elevadas y las diferencias existentes entre los distintos contextos de atención representan obstáculos que afectan la capacidad de respuesta de los profesionales y condicionan la sostenibilidad de muchas de las iniciativas desarrolladas.

En términos generales, los hallazgos de esta investigación permiten afirmar que la enfermería ocupa una posición estratégica dentro de la atención primaria y que sus aportes a la promoción de la salud poseen un valor significativo para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. El conjunto de evidencias revisadas confirma la necesidad de continuar impulsando políticas y acciones que favorezcan el desarrollo de la profesión y amplíen las oportunidades de participación de la enfermería en la toma de decisiones relacionadas con la salud de las comunidades.

RECOMENDACIONES

Considerando los resultados obtenidos, resulta conveniente fortalecer las acciones de capacitación dirigidas al personal de enfermería, particularmente en áreas relacionadas con la promoción de la salud, la gestión comunitaria y el diseño de estrategias educativas. La actualización permanente de conocimientos constituye una necesidad para responder a las transformaciones que experimentan las poblaciones y a los nuevos retos que enfrenta la atención primaria.

De igual manera, sería pertinente que las instituciones de salud continúen impulsando espacios de participación para la enfermería en la planificación y ejecución de programas comunitarios. Una mayor integración de estos profesionales en los procesos de decisión podría contribuir al desarrollo de intervenciones más cercanas a las necesidades reales de la población y favorecer la continuidad de las acciones preventivas.

También se considera necesario promover mecanismos de coordinación entre los servicios de salud, las instituciones educativas y las organizaciones comunitarias. La experiencia reportada por diversos estudios demuestra que el trabajo conjunto entre diferentes sectores incrementa el alcance de las estrategias de promoción de la salud y facilita la construcción de entornos más favorables para el bienestar de las personas.

Finalmente, se recomienda continuar desarrollando investigaciones que profundicen en el estudio de las intervenciones de enfermería en promoción de la salud, especialmente en aquellos contextos donde la evidencia científica todavía es limitada. La generación de nuevos conocimientos permitirá disponer de mayores elementos para orientar la práctica profesional y fortalecer el papel de la enfermería dentro de la atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artaza, O., y Méndez, C. (2022). *Sistemas y Servicios de Salud Centrados en las Personas y sus Comunidades*. Ediciones Universidad Austral de Chile.
- Barnard, K. (2002). Nurses making a difference: Rock on: Kathryn Barnard, champion of newborns. Interview by Maureen Shawn Kennedy. *The American journal of nursing*, 102 6, 110-111.
- Bernedo-García, M. C., Quiroga-Sánchez, E., García-Murillo, M. Á., Márquez-Álvarez, L., Arias-Ramos, N., Trevisson-Redondo, B., Bernedo-Garcia, M. C., Quiroga-Sánchez, E., Garcia-Murillo, M. Á., Márquez-Álvarez, L., Arias-Ramos, N., y Trevisson-Redondo, B. (2023). La necesidad de la Enfermería Escolar: Una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*, 22(72), 490-516. <https://doi.org/10.6018/eglobal.560501>
- Bhakare, S. S. (2025). Role of Nurses in Promoting Child Health. *International Journal of Nursing Research*. <https://doi.org/10.31690/ijnr.2025.v011i02.007>
- Bravo, I. D. A. (2021). *Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud*. ESIC.
- Francisco-Pérez, J. I. (2024). *Cuidado de Enfermería en el Núcleo Familiar: Reflexiones Teóricas y Aplicación de Casos*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Gómez, E. (2023). *Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología*. Editorial El Manual Moderno.

- Gómez, M., Góngora, R., Santiago, J., López, K., López, B., Cano, J., Canul, D., Cob, S., y Rojas, M. (2022). *Modelo comunitario de enfermería para adquirir hábitos de higiene corporal en escolares*. Universidad Autónoma de Yucatán.
- González, M. Á. M. (2023). *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: Un manual para ciencias de la salud*. Elsevier Health Sciences.
- Hartweg, D., y Metcalfe, S. A. (2021). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. *Nursing Science Quarterly*, 35, 70-76.
<https://doi.org/10.1177/08943184211051369>
- Hernández Sampieri, R. H., Cuevas Romo, A., Mendoza Torres, C., y Méndez Valencia, S. (2017). *Fundamentos de investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Ibáñez, L. (2022). *Enfermería. Un viaje a través del cuidado de lo humano*. Ediciones UIS.
- Jogdeo, B. (2025). Improving Child Outcomes through Nursing Care: A Review. *Indian Journal of Nursing Sciences*. <https://doi.org/10.31690/ijns.2025.v010i03.006>
- Laverack, G. (2024). Primary Health Care. *The Lancet*, 312.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(78\)92353-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(78)92353-x)
- López, O., Urrego, C., y Palacios, M. (2022). *Educación para la salud: Programas preventivos*. Editorial El Manual Moderno.
- MINSA. (2026). *Programa Ampliado de Inmunización*.
<https://www.minsa.gob.pa/programa/programa-ampliado-de-inmunizacion>
- Molina, M. (2021). *Pedagogía hospitalaria: Claves teóricas y enfoques para la práctica*. Ediciones Octaedro.

- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., y Pender, N. J. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*. Pearson.
- N. Pender, C. (2012). *Studyguide for health promotion in nursing practice by Pender, Nola J.: Study guide*. <https://consensus.app/papers/studyguide-for-health-promotion-in-nursing-practice-by-pender-cram/173db24fd41d545ab9003c9317504dbf/>
- Novoa, C. C. G., Ortega-Pérez, S., Díaz-Agudelo, D., Rojas-Gómez, L. M., y Pacheco-Cano, C. C. (2024). *Proceso de Atención de Enfermería al adulto y su familia: Desde el enfoque de mapa de cuidados*. Universidad del Norte.
- Nutbeam, D., Corbin, J., y Lin, V. (2021). The continuing evolution of health promotion. *Health Promotion International*, 36, 1-3. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab150>
- Ñaupas, H., Mejia, E., Trujillo, I., Romero, H., Medina, W., y Novoa, E. (2023). *Metodología de la investigación total: Cuantitativa – Cualitativa y redacción de tesis 6a Edición*. Ediciones de la U.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Prestación de servicios de salud de calidad: Un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Pacto 30 30 30. Aps para la Salud Universal*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53926>
- Peñaloza, B., y Rojas, P. (2024). *Medicina familiar UC: 30 años de pasión por la medicina y las personas*. Ediciones UC.
- Pereyra, L. E. (2022). *Metodología de la investigación*. Klik.

- Probst, S. (2021). *Cuidado de heridas en enfermería: Un enfoque centrado en la persona*. Elsevier Health Sciences.
- Ramírez, M. (2023). *Metodología cualitativa: Uso y aplicación de técnicas para el estudio social*. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Aragón.
- Ruiz, M., y Jiménez, D. (2024). *Manual de Enfermería Comunitaria II*. Universidad Almería.
- Sánchez, R. (2024). *Evolución humana y vulnerabilidad: Historia de vida y diferencias sexuales en la muerte*. Universidad del Bosque.
- Santos, A. (2023). *Métodos educativos en salud*. Elsevier Health Sciences.
- Tellez, B., Carrillo, C., Nicolescu, B., Gehlert, S., Lugo, E., Arriola, S., Haidar, J., Flores, O. O., Neri, D. P., Rodríguez, B. B., Vargas, A. G., Díaz, K. L., Echeverría, V. R., Peralta, C. M., Ruiz, D. I., Cepeda, E. R., González-Saravia, R. F., Galván, A. H., Hindrichs, I., ... Hernández, B. P. (2022). *Salud, sociedad y transdisciplinariedad*. Analéctica-Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Torun, T., Çavuşoğlu, H., y Doğru, D. (2024). The application of the self-care deficit nursing theory in adolescents with cystic fibrosis: A randomized controlled study. *Journal of pediatric nursing*, 77, 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.03.011>
- UNICEF. (2021). *Marco operacional para la atención primaria de salud: Transformar la visión en acción*. World Health Organization.
- Virtanen, M., Lallukka, T., Elovainio, M., Steptoe, A., y Kivimäki, M. (2025). Effectiveness of workplace interventions for health promotion. *The Lancet. Public health*, 10, 512-530. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(25\)00095-7](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(25)00095-7)

- Wang, K., Lee, G. H. M., Liu, P., Wong, H., Gao, X., Wong, S. Y. S., y Wong, M. C. M. (2025). Development and validation of the health belief model scale for early childhood caries prevention behaviors of parents. *BMC Oral Health*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-06416-1>
- World Health Organization y United Nations Human Settlements Programme. (2021). *Integrar la salud en la planificación urbana y territorial: Manual de consulta*. World Health Organization.
- Zarinbal, M., Izadbakhsh, H., y Tehrani, N. G. (2025). People empowerment in the healthcare system: A conceptual model and roadmap. *Public health*, 243. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.03.032>
- Zurro, A. M., Pérez, J. F. C., y Badia, J. G. (2024). *Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia*. Elsevier Health Sciences.

ANEXOS

Anexo 1.

Población de artículos según autor tras el primer cribado

	TITULO	AUTOR
1	Paediatric nursing clinical competences in primary healthcare: A systematic review	Laserna et al (2021)
2	The Role of Family-Centered Nursing Theories inEnhancing Primary Healthcare Services	Ibrahim et al (2024)
3	Análisis de la función gestora de la enfermera escolar en España: uso de registros e interacción con atención primaria, comunidad educativa y otras instituciones	Vargas et al (2025)
4	Necesidades percibidas sobre atención a la salud escolar	Busto et al (2022)
5	Pediatría de Atención Primaria: ¿dónde estamos y hacia dónde caminamos?	Aguirre (2025)
6	El rol de la enfermería en la salud y la reducción de mortalidad infantil en el marco de los ODS	González (2025)
7	Programa de promoción de la salud sobre alimentación complementaria en lactantes	Ballesta y Sevilla (2022)
8	El rol de la enfermería en la salud y la reducción de mortalidad infantil en el marco de los ODS	Gaibor (2024)
9	Strategies used by the nursing team in the care of autistic children and adolescents: An integrative review	Geralda et al (2025)
10	El cuidar de enfermería y los derechos de la infancia: experiencia en Centros de Salud Familiar	Sepúlveda y Rivas (2021)
11	Papel de la enfermería escolar en la mejora de la salud	Freitas (2021)
12	El papel del enfermero en la salud escolar	Barba et al (2020)

13	Programa de educación para la salud: detección y manejo del CCHS para enfermería pediátrica	Sánchez (2024)
14	Promoción de la salud y prevención del consumo de cannabis en adolescentes. Revisión bibliográfica	Larrinaga (2024)
15	Promoción de la salud mediante prácticas de enfermería sobre la disminución del consumo de tabaco en niños y adolescentes	Bueno y otros (2023)
16	Promoción de la salud comunitaria en la población pediátrica mediante la implementación del programa cuidando la salud de tu hijo	Gerechter (2025)
17	Educación y promoción de la salud desde la enfermería	De Mora y otros (2022)
18	Accionar de enfermería en la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años	Martínez et al (2023)
19	Health education provided by nurses to children and young people: parents' assessment	Fonseca et al (2023)
20	INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA REDUCIR Y MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LAS CONSULTAS PEDIÁTRICAS	Vázquez et al (2020)
21	Atención de enfermería en la prevención de hospitalizaciones infantiles por patologías sensibles a la atención primaria	Vieira et al (2021)
22	Modelo de atención sanitaria a la infancia y adolescencia en Atención Primaria. La realidad de una atención integral compartida	Vega et al. (2023)

23	Intervenciones de los profesionales de enfermería de atención primaria de salud en el control de crecimiento y desarrollo en lactantes	Lucas-Choez (2021)
24	Pediatría de atención primaria centrada en el paciente. ¿Se necesita un cambio de paradigma?	Praena y Cortés (2020)
25	Percepción de las enfermeras pediátricas de atención primaria sobre el Programa Infancia con Salud	Arévalo et al (2022)
26	CONTRIBUCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE ENTORNOS EDUCACIONALES SALUDABLES	Benavides et al (2025)
27	Enfermería pediátrica: EN LA VANGUARDIA DE LA ATENCIÓN A LA INFANCIA	Galarza (2024)
28	Situación actual y retos de la enfermería pediátrica	Morales (2023)
29	Análisis de la Relevancia e Impacto de la Enfermería Pediátrica en los Distintos Contextos de la Salud	Castillo y Moreno (2025)
30	Conceptualización y percepción de enfermería sobre el cuidado del niño	Melgarejo y et al (2022)
31	Rol de la enfermería en la promoción de hábitos alimenticios saludables en niños escolares	Pinargote et al (2024)
32	O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade	Jorge et al (2020)
33	Educación y promoción de la salud desde la enfermería	Izquierdo et al (2022)
34	Cuidado de enfermería a niños con infección por Coronavirus: Revisión integrativa	Sánchez et al (2024)

35	The Role of Pediatric Nurses in Promoting Child Health and Well-Being	Al Sharif et al (2024)
36	Key factors affecting health promoting behaviors among adolescents: a scoping review	Tabrizi et al (2024)

Anexo 2.

Matriz de recolección de datos

Categoría	Subcategoría	Indicadores/ unidad de análisis	Desde la revisión documental	Desde el referente teórico/ conceptual

Anexo 3.

Matriz de análisis por objetivo

Artículo	Año / País	Objetivo del estudio	Resultados clave	Categoría principal	Subcategoría	Conclusiones / Recomendaciones	Semejanzas	Diferencias

Anexo 3.

Guía Strobe para la lectura crítica de los artículos seleccionados

Nº	TÍTULO	REVISTA	AUTOR	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	ÁMBITO	MUESTRA	VARIABLES PRINCIPALES	MÉTODO PARA RECOGER LOS DATOS	INSTRUMENTO
1	<i>Percepción de las enfermeras pediátricas de atención primaria sobre el Programa Infancia con Salud</i>	<i>Quantitative and Qualitative Community Research (RqR)</i>	Arévalo-Garzón, Cámara Liébana, Trèmols Iglesias, Reig García	2022	Cualitativo (análisis temático)	Atención primaria, región sanitaria de Girona (España)	5 enfermeras pediátricas de atención primaria	Percepción del liderazgo/rol enfermero en el programa; autonomía del rol; barreras (idioma/cultura); necesidades emergentes; propuestas de mejora	Entrevistas semiestructuradas y análisis temático del contenido	Guía de entrevista semiestructurada
2	<i>Health education provided by nurses to children and young people: parents' assessment</i>	<i>BMC Nursing</i>	Pereira, Escola, Almeida, Rodrigues	2023	Cuantitativo, descriptivo, transversal	Atención primaria y hospitalización pediátrica (Norte de Portugal)	113 padres (muestra no probabilística por conveniencia)	Valoración parental de la educación para la salud brindada por enfermería; prácticas educativas (temas, comunicación, disponibilidad); evaluación mediante escala HEAS	Aplicación de cuestionario (survey) a padres	Cuestionario estructurado (caracterización + 5 ítems de prácticas + HEAS de 48 ítems)
3	<i>Intervenciones de los profesionales de enfermería de atención primaria de salud en el control de crecimiento y desarrollo en lactantes</i>	<i>Polo del Conocimiento (Pol. Con.)</i>	Lucas-Choez, Sabando-Farías, Quiroz-Figueroa, Santana-Holguín	2021	Cualitativo; descriptivo-analítico	Unidades/establecimientos del Distrito de Salud 13D03 (Jipijapa-Machalilla y Puerto López, Ecuador)	20 enfermeras + 57 madres/cuidadoras de lactantes	Intervenciones de enfermería en control CRED; conocimientos sobre controles; consejería/asesoramiento; cumplimiento de controles del lactante y del RN	Encuesta aplicada a personal de enfermería y a madres/cuidadoras	Encuesta/cuestionario de 10 preguntas
4	Educación y promoción de la salud	<i>Journal of Science and Research</i>	Izquierdo Cirer; De Mora	2022	Revisión bibliográfica	Literatura científica en bases de datos	No se precisa número de estudios;	Educación para la salud; promoción de la salud;	Búsqueda y revisión de literatura	No aplica como instrumento de medición;

	desde la enfermería		Litardo; Hinojosa Guerrero; Cruz Villegas		/ estudio documental	(sin campo clínico directo)	búsqueda en PubMed, Medline, Scielo, ScienceDirect y Google Académico	acciones de enfermería; estilos de vida saludables; determinantes sociales de la salud	(recopilación y análisis de publicaciones); observación no estructurada como punto de partida	estrategia de búsqueda y análisis documental
5	Contribuciones de enfermería en la promoción de entornos educativos saludables	<i>Horizontes de Enfermería (HorizEnferm)</i>	Benavides Fuenzalida; Palacios-González; Saavedra Molina	2025	Intervención en contexto escolar con enfoque participativo (implementación y evaluación por indicadores)	Dos establecimientos preescolares, Región del Maule (Chile), con articulación intersectorial y academia	2 centros educativos; participación de comunidad escolar (equipos directivos y actores escolares); estudiantes de enfermería (≈95 por año, según reporte del artículo)	Promoción de entornos escolares saludables; cumplimiento de criterios EEPS; avance hacia acreditación; participación/implicación comunitaria; resultados de seguimiento	Autodiagnóstico participativo; diseño de plan de acción; monitoreo continuo; evaluación con indicadores cualitativos y cuantitativos (incluye encuestas de participación y grupos focales)	Instrumentos de autodiagnóstico EEPS; encuestas de participación; guía/protocolo para grupos focales; registro de seguimiento de indicadores
6	Análisis de la relevancia e impacto de la enfermería pediátrica en los distintos contextos de la salud	<i>Revista Científica y Académica</i>	Castillo Sánchez; Moreno Flores	2025	Revisión sistemática de literatura	Revisión en base de datos SCOPUS (estudios publicados 2021–2024)	10 estudios incluidos (según criterios de inclusión/exclusión)	Relevancia e impacto de la enfermería pediátrica; dimensiones de impacto (familia, salud mental, cuidado físico, seguridad/calidad, entre otras)	Búsqueda sistemática en SCOPUS con criterios predefinidos; selección y síntesis de evidencia; organización del proceso con diagrama PRISMA	Estrategia de búsqueda (ecuación/criterios); flujograma PRISMA; esquema de extracción/síntesis (no se reporta un instrumento estandarizado adicional)
7	The Role of Pediatric Nurses in Promoting Child Health and Well-Being	<i>Journal of International Crisis and Risk Communication Research</i>	Al Sharif, A. A., y col.	2024	Artículo de revisión/ensayo académico (enfoque conceptual)	Discusión general del rol de enfermería pediátrica en diversos escenarios asistenciales (hospital, consulta, escuela, comunidad)	No reporta (no aplica por el tipo de artículo)	Rol de enfermería pediátrica; educación para la salud; promoción de salud; cuidado centrado en la familia; bienestar y desarrollo infantil	Revisión y síntesis argumentativa de literatura (sin levantamiento de datos en campo)	No aplica (no utiliza instrumento de medición)

8	Enfermería pediátrica: en la vanguardia de la atención a la infancia	<i>Revista Mexicana de Investigación e Intervención Educativa</i>	Galarza-Medina, K. X.	2024	Investigación documental (revisión de fuentes en bases indexadas)	Análisis documental con apoyo en bases de datos científicas (sin escenario clínico directo)	No reporta el número final de documentos analizados	Atención pediátrica; funciones de enfermería; colaboración interdisciplinaria; competencias digitales; telemedicina; educación continua	Búsqueda y revisión documental en bases de datos indexadas	Estrategia de búsqueda y análisis documental (sin instrumento estandarizado reportado)
9	O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade	<i>Rev Bras Enferm (Revista Brasileira de Enfermagem)</i>	Diogo, P. M. J.; Freitas, B. H. B. M.; Costa, A. I. L.; Gaíva, M. A. M.	2021	Estudio reflexivo (teórico–histórico)	Marco histórico y conceptual del cuidado emocional en enfermería pediátrica	No aplica (no trabaja con muestra empírica)	Evolución del cuidado en enfermería pediátrica; dimensión emocional del cuidado; interacción enfermero–niño–familia; gestión de emociones; competencia profesional	Análisis reflexivo sustentado en fundamentos teóricos y experiencias del cuidado	No aplica
10	Conceptualización y percepción de enfermería sobre el cuidado del niño	Revista Cubana de Enfermería	Melgarejo Solis; Rivas Díaz; Loli Ponce	2022	Revisión sistemática	Evidencia publicada (enfoque en cuidado infantil, con énfasis hospitalario)	20 artículos (seleccionados de 275 revisados)	Dimensiones del cuidado infantil: significado del cuidado; competencias de enfermería; participación familiar (madre/familia); factores que influyen en el cuidado	Búsqueda sistemática en bases de datos (2010–2020) + selección por criterios	Diagrama/criterios PRISMA; estrategia de búsqueda; matriz de extracción/síntesis (propia de la revisión)
11	Current situation and challenges of pediatric nursing (Situación actual y retos de la enfermería pediátrica)	Anales de Pediatría	Morales Gil, I. M.	2023	Editorial / análisis reflexivo	Contexto sanitario (España) y desarrollo de la especialidad de enfermería pediátrica	No aplica (sin muestra empírica)	Retos de la enfermería pediátrica: especialización y formación; reconocimiento profesional; calidad de la atención; necesidades del sistema	Síntesis argumentativa basada en normativa, antecedentes históricos y problemáticas del sector	No aplica (sin instrumento empírico)

12	Pediatría de atención primaria centrada en el paciente. ¿Se necesita un cambio de paradigma?	Anales de Pediatría (Barc.)	Praena Crespo; Cortés Rico	2020	Editorial / reflexión conceptual	Atención primaria (España), enfoque en cambio epidemiológico hacia cronicidad	No aplica (sin muestra empírica)	Enfoque centrado en paciente; aumento de cronicidad infantil; priorización en APS; estratificación por riesgo; coordinación del equipo	Argumentación con apoyo en literatura y ejemplos de indicadores/estratificación	No aplica (sin instrumento empírico)
13	Rol de la enfermería en la promoción de hábitos alimenticios saludables en niños escolares	Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. <i>Salud y Vida</i>	Pinargote-García; Regalado-Pincay; Ponce-Albuja; Figueroa-Chiquito	2024	Documental – bibliográfico (en el texto se declara enfoque cuantitativo)	Promoción de salud/nutrición en población escolar (análisis desde la literatura)	Fuentes documentales arbitradas (no se reporta número final)	Rol de enfermería en promoción de hábitos alimentarios; educación nutricional; intervención con familia/escuela; ambientes saludables	Revisión bibliográfica con criterios de inclusión/exclusión y análisis documental	Guía de revisión y criterios de selección (instrumentación documental propia)
14	Cuidado de enfermería a niños con infección por coronavirus: revisión integrativa	Salud Uninorte (por DOI sun)	Sánchez García; Martínez Reyes; Quintero Ramírez; Puello Viloria; Pertuz Meza	2024	Revisión integrativa (protocolo JBI)	Evidencia publicada sobre cuidado pediátrico por coronavirus en ámbitos hospitalarios y afines	17 artículos seleccionados	Intervenciones/cuidado de enfermería en niños con infección por coronavirus; fases del proceso de enfermería; estrategias de cuidado seguro; clasificaciones NANDA/NIC/NOC (mencionadas en el artículo)	Búsqueda en múltiples bases + evaluación de rigor metodológico + síntesis	Formularios JBI de extracción; listas/escalas de evaluación: PRISMA, STROBE, CARE, COREQ (y Jada si aplica)
15	Cuidado do enfermeiro na prevenção de hospitalizações infantis por condições sensíveis à atenção primária	Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras	Vieira Amaral; Brito; Araujo Filho; Assis Brito; Barreto Dantas; Santiago da Rocha	2021	Cualitativo descriptivo	Atención primaria (Brasil: Teresina, Piauí)	11 enfermeros(as) de APS	Acciones de enfermería para prevenir hospitalizaciones por condiciones sensibles a APS (p. ej., educación, prevención, seguimiento, inmunización, etc.)	Entrevistas semiestructuradas + análisis de contenido (Bardin)	Guía de entrevista semiestructurada; ficha/cuestionario de caracterización (según descripción del estudio)

16	Key factors affecting health-promoting behaviors among adolescents: a scoping review	BMC Health Services Research	Tabrizi et al.	2024	Scoping review (JBI; PRISMA-ScR)	Evidencia internacional (1977–2020)	20 artículos incluidos (tras cribado de 3199 registros)	Factores asociados a conductas promotoras de salud en adolescentes: educativos, sociales, económicos, socioculturales, espirituales, psicológicos/personales	Búsqueda en PubMed, Web of Science, ScienceDirect, ProQuest y Scopus + síntesis inductiva	Protocolo JBI; PRISMA-ScR; matriz de extracción y categorización (charting)
17	Intervención educativa en atención primaria para reducir y mejorar la adecuación de las consultas pediátricas	Revista Española de Salud Pública	Vázquez Fernández; Sanz Almazán; García Sanz; Berciano Villalibre; Alfaro González; del Río López	2019	Cuasi-experimental (comparación intervención vs. control)	Atención primaria (Valladolid, España)	202 gestantes (101 intervención; 101 control) y participación de parejas en sesiones	Número de consultas pediátricas (0–6 meses); adecuación/inadecuación de consultas; variables sociodemográficas y obstétricas	Talleres educativos grupales + seguimiento de consultas y clasificación de adecuación	Programa/taller estructurado; registro/seguimiento con soporte en historia clínica electrónica; criterios explícitos de adecuación/inadecuación
18	Modelo de atención sanitaria a la infancia y adolescencia en Atención Primaria. La realidad de una atención integral compartida	Revista Pediatría de Atención Primaria (PAP.es; sección Organización/gestión)	Vega Almazán Fernández de Bobadilla; Callejas Pozo; Ortega Páez; y col.	2023	Artículo de análisis organizacional / revisión narrativa aplicada a gestión	Atención primaria (España)	No aplica (sin muestra empírica)	Modelo de atención compartida; roles del pediatra y enfermería pediátrica; continuidad asistencial; trabajo con familia/escuela; necesidades del sistema	Análisis y propuesta organizativa sustentada en argumentos técnicos y contexto del sistema	No aplica (sin instrumento empírico)

Anexo 3.
Matriz de triangulación de análisis

Categoría	Subcategoría	Indicadores/ unidad de análisis	Desde la revisión documental	Desde el referente teórico/ conceptual

Anexo 4.
Resultados de valoración de la calidad metodológica

Estudio	Información del artículo (Autor, año, país, Nº)Introducción, resumen, fundamento s y objetivos	Métodos del diseño del estudio, contextos y variables	Fuentes de datos, medidas	Tamaño muestral y métodos estadísticos	Resultados	Discusión e interpretación	TOTAL DEL PUNTAJE
Percepción de las enfermeras pediátricas de atención primaria sobre el Programa Infancia con Salud	4	4	4	3	4	4	23
Health education provided by nurses to children and young people: parents' assessment	4	5	5	3	4	4	25
Intervenciones de los profesionales de enfermería de atención primaria de salud en el control de	4	5	5	5	5	4	28

crecimiento y desarrollo en lactantes								
Educación y promoción de la salud desde la enfermería	4	4	4	4	4	4	4	24
Contribuciones de enfermería en la promoción de entornos educativos saludables	4	3	3	4	3	3	3	20
Análisis de la relevancia e impacto de la enfermería pediátrica en los distintos contextos de la salud	4	3	3	4	3	3	3	20
The Role of Pediatric Nurses in Promoting Child Health and Well-Being	4	3	3	3	3	3	4	20
Enfermería pediátrica: en la vanguardia de la atención a la infancia	4	4	4	3	3	4	4	22
O cuidar em enfermagem pediátrica na	4	3	3	2	4	4	4	20

perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade							
Conceptualización y percepción de enfermería sobre el cuidado del niño	5	5	5	5	5	4	29
Current situation and challenges of pediatric nursing (Situación actual y retos de la enfermería pediátrica)	5	4	4	3	4	5	25
Pediatría de atención primaria centrada en el paciente. ¿Se necesita un cambio de paradigma?	5	4	4	3	4	4	24
Rol de la enfermería en la promoción de hábitos alimenticios saludables en niños escolares	4	4	4	2	3	4	21
Cuidado de enfermería a niños con infección por coronavirus: revisión integrativa	4	3	3	4	3	3	20

Cuidado do enfermeiro na prevenção de hospitalizações infantis por condições sensíveis à atenção primária	4	4	4	3	4	4	23
Key factors affecting health-promoting behaviors among adolescents: a scoping review	5	5	5	4	5	5	29
Intervención educativa en atención primaria para reducir y mejorar la adecuación de las consultas pediátricas	4	4	4	3	4	4	23
Modelo de atención sanitaria a la infancia y adolescencia en Atención Primaria. La realidad de una atención integral compartida	5	2	3	4	3	3	20

En los artículos seleccionados se procedió a identificar las características: Se determinó los descriptores o palabras claves recopiladas de cada uno de los estudios para su posteriormente realizar la comparabilidad con la declaración STROBE.

A través de esta declaración se registrarán la lista de puntos esenciales que deben describirse en la publicación de estudios observacionales. Esta validación de metodológica estará estructurada de las siguientes selecciones: **1. Información del artículo (Autor, año, país, número de referencia) (Introducción, resumen, fundamentos y objetivos); 2. Métodos del diseño del estudio contextos y variables; 3 Fuentes de datos, medidas, tamaño maestral y métodos estadísticos; 4. Resultados; 5. Discusión e interpretación.** Cada sección tiene una ponderación de cinco puntos.

A continuación, se presentan escalas establecidas por los autores de acuerdo a la valoración por las secciones de la declaración STROBE

- **5 puntos:** cumplimiento excelente
- **4 puntos:** cumplimiento significativo
- **3 puntos:** cumplimiento parcial
- **2 puntos:** cumplimiento mínimo
- **1 punto:** No cumple