

ISSN L 2644-3759



Universidad de Panamá



Facultad de Enfermería

Enfoque

Revista Científica de Enfermería

VOL. XXXVI N°32 - Panamá, Rep. De Panamá. Enero – junio 2025

latindex
catálogo 2.0



LILACS
Literatura Latinoamericana y del
Caribe en Ciencias de la Salud



revista.enfoque@up.ac.pa

Enfoque

Revista Científica de Enfermería

**VOL. XXXVI N°32 - Panamá, Rep. De
Panamá. Enero – junio - 2025**

Universidad de Panamá
Facultad de Enfermería

ISSN

en Línea: 1816 – 2398

Impreso

2644-3759

Idiomas

- [English](#)
- [Español \(España\)](#)
- [Português \(Brasil\)](#)

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

DR. EDUARDO FLORES CASTRO

Rector

DR. JOSÉ EMILIO MORENO

Vicerrector Académico

DR. JAIME JAVIER GUTIÉRREZ

Vicerrector de Investigación y Postgrado

PROF. ARNOLD MUÑOZ

Vicerrector Administrativo

PROF. MAYANIN RODRÍGUEZ

Vicerrector de Asuntos Estudiantiles

PROF. RICARDO HIM

Vicerrector de Extensión

PROF. RICARDO PARKER

Secretaria General

PROF. JOSÉ LUIS SOLIS

Director General de Centros Regionales Universitarios y Extensiones Universitarias

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Dra. Yolanda González W.
Decana

Mgtra. Rosa M. Castillo
Vicedecana

Mgtra. Marisol Del Vasto
Secretaria Administrativa

Mgter. Juliana Benoit P.
Directora de la División de Investigación y Post Grado

Mgter. Lynntte E. Velazco Tapia
Directora del Centro de Investigación – CIFENF

Mgter. Ivis Mejía de Toribio
Directora de Escuela

Dra. Aracelly de Filós
Directora del Departamento de Enfermería Materno Infantil

Mgter. Gloria Rojas
Directora del Departamento de Enfermería en Salud Pública

Dra. Vielka Jaramillo de Escobar
Directora del Departamento Gestión de los Servicios de Enfermería y Salud

Mgter. Alcira Tejada A.
Directora del Departamento de Salud de Adulto

Mgter Azael Rodríguez Del Cid
Directora del Departamento de Salud Mental

PROLOGO

Enfermería como disciplina, integra el conocimiento científico, la información clínica, tecnológica y el resultado de las investigaciones ejecutadas con el rigor científico a disposición para el desarrollo de estrategias de intervención de calidad asegurando así la calidad de cuidado al individuo familia y comunidad.

El marco teórico de Enfermería permite un abordaje sistemático direccionando el progreso de la ciencia de Enfermería, sin este direccionamiento la investigación no responde a los elementos sustantivos para la implementación del sistema conceptual- teórico – empírico del conocimiento.

Los ambientes en los cuales se desarrolla la práctica del cuidado de Enfermería son diversos y complejos y están inmersos en todos los niveles de atención sanitaria, lo cual enriquece el conocimiento, pero al mismo tiempo nos plantea como reto la practicar del cuidado con autonomía cada vez con más roles, aun estando inmersos en el equipo multidisciplinario favoreciendo la visión holística integral del ser humano para satisfacer sus necesidades.

En este volumen se abordan fenómenos de interés desde la perspectiva de Enfermería con respecto a la escucha, la empatía, y la eficacia de la estrategia educativa como intervención; apuntamos a que el conocimiento compartido en esta edición sea una herramienta que podamos implementar en la práctica para mejorar la calidad de vida de las personas.

**Dra. Yolanda M. González W.
Decana**

EDITORIAL

Dra. Magali M. Díaz Aguirre
Editora

Al igual que todos los procesos que forman parte de la sociedad, las publicaciones científicas deben evolucionar, modernizarse de acuerdo con el contexto y al modelo de sociedad que tengamos. Tal como lo expresa López Pérez, (2022); estamos obligados a transformar la manera en que comunicamos los logros de nuestros especialistas en cada una de las áreas de conocimiento.

Este proceso de modernización lleva implícito, las buenas prácticas editoriales, que deben ser conocidas por los editores, los revisores, los expertos y los escritores, es decir por todos los involucrados en el proceso de publicación y gestión editorial.

Los parámetros para medir las buenas prácticas dependen de la infraestructura cooperativa para la comunicación científica dirigida y controlada por la academia interinstitucional a gran escala; que establece los criterios editoriales, a cumplir, para poder ser indexadas.

Los indexadores son aquellos organismos creados para almacenar y registrar de manera selectiva documentos organizados sistemáticamente a fin de propiciar la visibilidad de los datos, facilitándose con ellos su búsqueda y recuperación, viniendo a convertirse en eslabones de la red de la comunicación científica, (CIEP, 2012).

La Universidad de Panamá, a través de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado y la Oficina de Publicaciones Científicas, (OPAC), ha acogido la política de acceso abierto buscando un modelo de publicación sin fines de lucro, es decir la democratización del conocimiento, (Farnúm, 2024) por tanto, los criterios a los que la Revista *Enfoque*, se acoja responden a este contexto filosófico y se ajusta a los criterios establecidos por la universidad.

El cumplimiento de estos criterios sube el nivel de las publicaciones y su calidad, y nos lleva a la modernización. No obstante, esto conlleva algunas resistencias e incertidumbres válidas o no, de todos los actores. Sin embargo, es ineludible la modernización del proceso, si queremos aumentar la calidad de las publicaciones científicas. El cumplimiento de estos,

elevaran la revista aumentando su visibilidad, su citación, es decir habrá mayor cobertura del conocimiento científico.

Entre los criterios básicos son: la revisión por pares, un comité científico sólido, cuerpo editorial, citación adecuada, es inédita, su antigüedad, porcentaje de contenido científico, cumplimiento de su periodicidad, datos de reflexión y revisión o que la misma no sea endogámica y el acogerse a la política de acceso abierto, (Valencia, 2017), (Tejedor. 2024).

Para los editores, resulta un verdadero reto el gestionar, con calidad y de manera actualizada las revistas científicas. Esto involucra una constante preparación, individual y colectiva, una reingeniería de lo establecido, un reaprender, una batalla contra el estatus quo, una lucha para lograr la equiparación entre las nuevas exigencias que conlleva la modernización, los múltiples roles que se desempeñan y lograr el apoyo de la más alta gerencia de las instancias en las cuales nos desempeñamos.

Sin lugar a equivocarnos es una tarea titánica, que conlleva alto grado de compromiso y trabajo en equipo, pero que es ineludible. Es indispensable el acompañamiento de los conocedores y expertos, la utilización de sistemas de administración y publicación de revistas y documentos periódicos en internet que permiten un manejo eficiente y unitario del proceso editorial, que acelere el acceso y la difusión de contenidos e investigación producido por las Universidades y Centros de Investigación, como lo es el Open Journal System (OJS), lo cual es todo un reto.

Estas transformaciones, deben ser graduales y complementadas con una comunicación efectiva y apoyo de los tomadores de decisiones para que los objetivos y sobre todo el nivel y la calidad de las publicaciones científicas se de con pasos firmes y sostenidos

Referencias:

- Centro de Investigaciones Educativas (CIEP) (2012). La Indexación de las Revistas Científicas. *Paradigma*, 33(1), 5-6. Recuperado en 14 de diciembre de 2024, http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512012000100001&lng=es&tlng=es.
- Farnún, F. (2024). Discurso de Apertura. III Jornada de Actualización a Editores. Oficina de Publicaciones Científicas de la Universidad de Panamá. Centro Regional Universitario de Coclé. https://www.youtube.com/live/E_3Ftomn004?si=iSNzj8xmtsiQrUhP
- López Pérez, Anier. (2022). Un modelo de gestión editorial para revistas científicas. *Universidad de La Habana*, (294), . Epub 01 de junio de 2022. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-92762022000200013&lng=es&tlng=es.
- Tejedor, D. (14 de mayo 2024) Actualización de Editores de Revista, Buenas Prácticas Editoriales. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=ldxEVie-DO8>
- Valencia Grajales, J., [Hernando Isaac, J. Vanegas Zapata](#). *Revista Ratio Juris*, ISSN 1794-6638, *Vol. 12, N°. 24 (Enero - Junio)*, 2017, págs. 17-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6748978>

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
Prologo	
• Dra. Yolanda M. González W.	19
Editorial	
• Dra. Magali M. Díaz Aguirre	20
Artículos de Investigación	
Diseño De Un Proceso Para El Control Del Inventario De Insumos Médicos: Proceso De Control En Primer Nivel De Atención En Instituciones De Salud De Panamá	
• Dayra Soriano	
• Zelmer Zapata	
• Santiago Rodríguez Carvajal	23
Adaptación Social En Personas Con Ileostomía Y Colostomía Del Instituto Oncológico Nacional	
• Liliana Elena Torres Rodríguez	
• Dalys Angelica Solís Rodríguez	38
Programa Educativo “Prevención de la Obesidad Infantil mediante Hábitos Saludables en el Hogar”	
• Lilia Esther Almanza	58
Sensibilización En Escucha Empática, Abordaje Emocional De Personas Con Enfermedad Oncológica	
• Elvis. E Rivera. T	77
Artículo de Revisión	
Exposición Del Humo De Tabaco; Prevalencia De Enfermedades Respiratorias En La Niñez De América Latina	
• Israel González Morales	
• Doris Bellido	90

DISEÑO DE UN PROCESO PARA EL CONTROL DEL INVENTARIO DE INSUMOS MÉDICOS: PROCESO DE CONTROL EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD DE PANAMÁ

DESIGN OF A PROCESS FOR THE CONTROL OF MEDICAL PRODUCT SUPPLIES INVENTORY: CONTROL PROCESS AT THE PRIMARY HEALTHCARE INSTITUTIONS IN PANAMA.

DESENHO DE UM PROCESSO DE CONTROLE DO ESTOQUE DE INSUMOS MÉDICOS: PROCESSO DE CONTROLE NO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NO PANAMÁ

Dayra Soriano

Región de Salud de Panamá Este

Panamá

dayra2893@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-3583-4808>

Zelmer Zapata

Región de Salud de Panamá Este

Panamá

zelmer082@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-1593-2238>

Santiago Rodríguez Carvajal

Región Metropolitana de Salud

Panamá

episantiago83@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4154-0372>

Recibido: 20 de noviembre 2023

Aprobado: 11 de noviembre 2024

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v35n31.a6698>

Resumen

Los insumos médicos son aquellos productos esenciales para el proceso de atención en salud de la población. Debido a su carácter perecedero y desechable representan un reto para las cadenas de suministros de los sistemas de salud viéndose más afectados los países en desarrollo como el nuestro, por fenómenos como la escasez y el desabastecimiento de estos insumos. Mediante una revisión documental en bases de datos de acceso abierto tales como

Google académico, Redalyc y Scielo buscando resultados del año 2014 al 2023. A pesar de que los estudios eran realizados en diferentes países de Latinoamérica los problemas eran repetitivos: errores en registro de caducidad, preponderancia del inventario físico, ausencia de manuales de procedimientos, falta de infraestructura, falta de capacitación y talleres sobre el manejo del inventario, personal impermeable al cambio, falta de personal, desconocimiento de los procesos de recepción, almacenamiento y distribución. Por medio de este estudio se logró evidenciar la importancia de la cadena de suministros de insumos médicos para una gestión de inventario eficiente, seguro y de calidad que satisfaga las necesidades de atención, ya que el carácter perecedero y desechable de estos insumos condiciona la gestión de la cadena de suministros en las instalaciones de salud de primer nivel de atención, con el interés de optimizar el control del inventario de insumos médicos en instalaciones de salud del primer nivel de atención en la República de Panamá

Palabras clave: insumos, suministros, inventario, atención, perecedero.

Summary

Medical supplies are those products that are essential for the health care process of the population. Due to their perishable and disposable nature, they represent a challenge for the supply chains of health systems. Developing countries such as ours are more affected by phenomena such as the absence and shortages of these supplies. A documentary review was conducted using open-access databases such as Google Scholar, Redalyc, and Scielo, focusing on articles published between 2014 and 2023. Although the studies were conducted in different Latin American countries, the problems were recurrent: errors in recording expiration dates, the preponderance of physical inventory, absence of procedure manuals, lack of infrastructure, lack of training and workshops on inventory management, personnel resistance to change, lack of personnel, lack of knowledge of the processes of reception, storage, and distribution. This study highlights the importance of the medical product supply chain in ensuring efficient, safe, and high-quality inventory management that meets healthcare needs. The perishable and disposable nature of these supplies impacts supply chain management in primary healthcare facilities. The study aims to optimize inventory control of medical products in primary healthcare facilities in the Republic of Panama.

Keywords: medical products, supplies, inventory, care, perishable.

RESUMO

Insumos médicos são aqueles produtos essenciais para o processo de atenção à saúde da população. Devido à sua natureza perecível e descartável, representam um desafio para as cadeias de suprimentos dos sistemas de saúde, sendo que países em desenvolvimento, como o nosso, são mais afetados por fenômenos como escassez e falta de estoque desses insumos. Por meio de uma revisão documental em bases de dados de acesso aberto como Google Scholar, Redalyc e Scielo, buscando resultados de 2014 a 2023, a análise indica que apesar de os estudos terem sido realizados em diferentes países da América Latina, os problemas foram repetitivos: erros nos registros de validade, preponderância de inventário físico, ausência de manuais de procedimentos, falta de infraestrutura, falta de treinamento e workshops sobre gerenciamento de estoque, pessoal impermeável a mudanças, falta de pessoal, falta de conhecimento dos processos de recepção, armazenamento e distribuição.

Por meio deste estudo, foi possível evidenciar a importância da cadeia de suprimentos de insumos médicos para uma gestão de estoque eficiente, segura e de qualidade que atenda às necessidades assistenciais, uma vez que a natureza perecível e descartável desses insumos condiciona o gerenciamento da cadeia de suprimentos em estabelecimentos de saúde de primeiro nível. com o objetivo de otimizar o controle do estoque de suprimentos médicos em estabelecimentos de saúde do primeiro nível de atenção na República de Panamá.

Palavras-chave: insumos, insumos, estoque, atenção, perecíveis.

Introducción.

El artículo tiene como tema central los insumos médicos y el proceso de control para estos en instalaciones del primer nivel de atención en la República de Panamá. Entendiendo por insumos médicos (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018) aquellos productos utilizados en el proceso de atención en salud a la población demandante.

La escasez y desabastecimiento de insumos médicos en las instalaciones de salud ocurre principalmente en países en desarrollo (The Borgen Project, 2021). Ante esta problemática el Banco Mundial a través de las Iniciativas Globales de Salud (Yadav, 2015) les ha destinado importantes sumas de dinero durante la última década, principalmente para problemas globales de salud como la malaria, tuberculosis (TBC) y virus de inmunodeficiencia humana (HIV).

Para dar respuesta a dicha problemática nos planteamos ¿Cómo mejorar los procesos de control del inventario de insumos médicos en instalaciones de salud del primer nivel de atención en la República de Panamá?, se busca proponer un proceso para el control del inventario de insumos médicos en instituciones de salud del primer nivel de atención, detallando los insumos médicos que se requieren para la atención de pacientes en instituciones de salud del primer nivel de atención en Panamá, describiendo los procesos de solicitud y distribución de insumos médicos y diseñando una propuesta para la gestión de inventarios en relación al manejo y control de insumos médicos.

Metodología.

Tipo de estudio: revisión documental, se realizó, basada en artículos originales indexados en la base de datos Google académico de los últimos 10 años. Se utilizaron descriptores de la ciencia de la salud DeCS, y descriptores médicos - MeSH, como: Kardex salud, control

inventario salud, insumos médicos, buenas prácticas de almacenamiento, clasificación ABC. La recolección de la información permitió reunir datos con un propósito específico. Para esta recolección se realizaron lecturas de resúmenes, se seleccionaron y bajo lectura crítica se extrajo la información que permite alcanzar los objetivos propuestos para proponer un sistema de gestión para el control de insumos médicos (Hernández Sampieri, 2014).

Se utilizó la matriz bibliográfica como apoyo con el objeto de describir y analizar cada documento, tesis y artículo seleccionado y según los alcances del estudio, se filtraron documentos para la construcción del marco teórico y el análisis para la producción del sistema de gestión del control del inventario de insumos médicos en una institución de salud de primer nivel de atención. Esta investigación se considera sin riesgo, dado que se fundamenta en una búsqueda bibliográfica.

Procedimiento

Se encontraron 946 documentos con la estrategia de búsqueda, de los cuales se excluyeron 815 documentos con base en el título, 66 referencias porque basaban la investigación en la implementación de un software de inventario, 5 por enlaces defectuosos, 9 por acceso restringido y 10 repetidos, por lo que finalmente se excluyeron 905 y se seleccionaron 41 (*Ilustración 1*).

A continuación, se presenta el diagrama de flujo con el paso a paso para la selección e inclusión de los artículos dentro del proceso de investigación.

Tabla 1.

Selección de los artículos dentro del proceso de investigación

Idioma		Español
Período de tiempo		1-30 de Julio 2023
Palabras clave	Individual	Kardex, salud, control, inventario, salud, insumos, médicos, buenas prácticas de almacenamiento, insumos, médicos, Clasificación ABC, inventario, salud
	Combinación	Kardex en salud, Control de inventario en salud, Insumos médicos, Buenas prácticas de almacenamiento de insumos médicos, Sistema de clasificación ABC de inventario en salud
Recursos de información	Bases de Datos	Google académico
Estrategias	De Formación	Capacitación en uso de Bases de datos
	De generación de términos	Combinación entre revisión de títulos y resúmenes de artículos en Bases de datos

Fuente: Revisión infografía de los investigadores 2023.

Resultados

Entre los principales hallazgos, se menciona lo siguiente:

El Instituto de Salud Pública de Chile (2017) detalla que existe una clasificación para los insumos médicos, basado en el riesgo de cada equipo o dispositivo, esto va a depender de múltiples factores tales como la duración del contacto del dispositivo médico con el organismo humano o el grado de invasividad y, se categorizan los insumos médicos en Clase I, II, III y IV, dependiendo del riesgo que implica su uso, ordenando dicha categoría se menciona: Clase I corresponde a los dispositivos médicos que presentan un grado de riesgo muy bajo para la persona y los Clase IV incluyen a los dispositivo médicos considerados los de mayor riesgo.

Para descomponer de manera comprensiva dicha clasificación hemos considerado pertinente detallar cada una de las clases desde la I a la IV según el Instituto de Salud Pública de Chile (2018) de la siguiente manera:

- Clase de riesgo I, todos los dispositivos médicos no invasivos pertenecen a esta clase, excepto: que puedan conectarse a un dispositivo médico activo de la clase II, III o IV, ya sea que entren en contacto con la piel o la membrana mucosa lesionadas. A menos que estén destinados a ser utilizados como una barrera mecánica para la compresión o para la absorción de los exudados, es decir, cicatrizan por intención primaria.
- Clase de Riesgo II, todos los dispositivos médicos invasivos de tipo quirúrgico destinados para un período de uso transitorio, los dispositivos médicos activos terapéuticos destinados a administrar o intercambiar energía, todos los productos destinados específicamente a la desinfección o esterilización de dispositivos médicos, los dispositivos médicos que entran en contacto con la piel o la membrana mucosa lesionadas.
- Clase de riesgo III, destinados principalmente a actuar en lesiones de la piel que hayan producido una ruptura de la dermis o de la membrana mucosa y sólo puedan cicatrizar por segunda intención como a heridas ulceradas crónicas; apósitos para quemaduras graves; apósitos que generan aumento del tejido y proporcionan un sustituto temporal de la piel, bolsas para almacenar sangre, todos los dispositivos médicos no invasivos

destinados a modificar la composición biológica o química de las células o tejidos humanos, de la sangre, de otros líquidos corporales o de otros líquidos destinados a implantarse o administrarse en el cuerpo, como el equipo de hemodiálisis.

- Clase de riesgo IV, Todos los dispositivos médicos que lleven una sustancia incorporada como parte integrante, la cual utilizada por separado puede ser considerada un medicamento, incluido uno derivado de la sangre o plasma humano que tenga una acción accesoria o auxiliar respecto a la del dispositivo médico y los fabricados utilizando células o tejidos de origen animal o sus derivados.

La Organización Panamericana de la Salud (2021) hizo pública la tercera versión de la lista de dispositivos médicos prioritarios (LDMP) para el primer nivel de atención, guiada por el comportamiento epidemiológico de los países de las Américas, además de hacer una adaptación a las recomendaciones para la atención del reciente coronavirus. Para la elaboración de este listado se tomaron en cuenta las intervenciones clínicas recomendadas para el primer nivel de atención y se seleccionaron los dispositivos médicos prioritarios para la ejecución de dichas intervenciones. Este listado arrojó como resultado la existencia de diferentes formas de organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención. Algunos países incluyen en el primer nivel de atención ciertas prácticas de laboratorio, odontología y diagnóstico por imágenes, mientras otros países centralizan estas prácticas en el segundo y tercer nivel de atención. En el caso de Panamá es aplicable la premisa de que en el primer nivel de atención existen laboratorios clínicos y odontología. Apoyados en el fundamento teórico previamente descrito es necesario realizar la selección de insumos médicos necesarios en las instituciones de salud de primer nivel de atención en Panamá. Se realiza la propuesta del listado de insumos médicos más utilizados y requeridos para la atención de pacientes en instituciones de salud del primer nivel de atención en Panamá, según su clase de riesgo.

Tabla 2
Inventario Insumos Médicos

Categoría	Número	Insumo médico	Clase de riesgo
Equipo de protección personal	1	Gafas de seguridad	I
	2	Bata impermeable y desechable	I
	3	Guantes estériles	I
	4	Guantes no estériles y desechables	I

	5	Mascarilla de protección quirúrgica	II
	6	Vestimenta de protección personal	I
Equipo médico	7	Humidificador para la vía aérea	II
	8	Resucitador manual de tipo Bolsa Mascarilla	II
Instrumental	9	Espéculo vaginal	I
	10	Portaobjetos de vidrio	I
	11	Recipiente colector de objetos punzocortantes	I
	12	Tijeras quirúrgicas para cordón umbilical	I
Soluciones y reactivos	13	Solución Salina	II
	14	Alcohol isopropílico a 70%	No aplica
	15	Agua destilada	No aplica
	16	Unidad de oxígeno (cilindro o toma a pared)	I
Suministros médicos de uso único y desechable	17	Agujas hipodérmicas para inyección de insulina	II
	18	Agujas para inyección calibre 18,20,21,22,23, 25	II
	19	Anticonceptivos (condón masculino)	II
	20	Anticonceptivos (condón femenino)	II
	21	Bolsas colectoras para ostomía	I
	22	Cánula nasal	I
	23	Kit de infusión intravenosa con micro gotero	II
Suministros médicos de uso único y desechables	24	Catéter intravenoso estéril y desechable	II
	25	Gasa estéril	I
	26	Guantes de látex para examinación no estériles, desechables y de varios tamaños	I
	27	Hisopo de algodón estéril	I
	28	Jeringuillas de 3, 5, 10, 20 ml	II
	29	Lubricantes	II
	30	Mascarilla para nebulización	I
	31	Paleta de madera para lengua	I
	32	Pañales desechables para pacientes adultos y para pacientes pediátricos)	I
	33	Papel para camilla de examinación	I
	34	Recipiente colector de esputo	I
	35	Set para venoclisis	II
	36	Torniquete para brazo	I
	37	Vasos para medicamentos	I
	38	Vendaje y yeso	I
	39	Etiqueta autoadhesiva	I

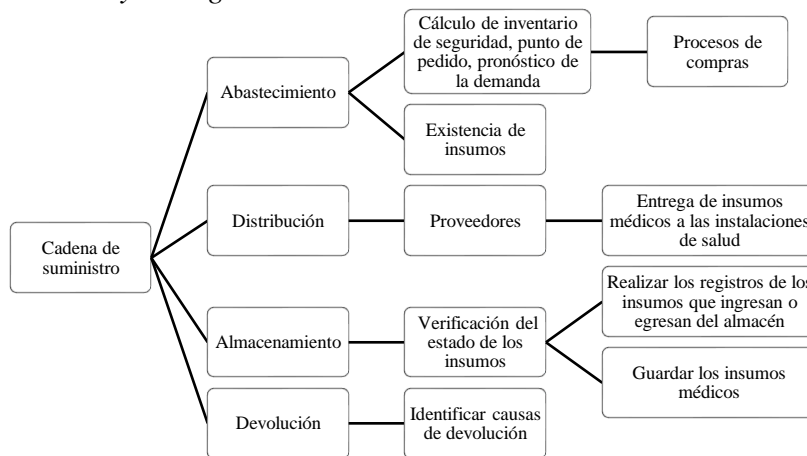
Suministros médicos, laboratorio	40	Fijador citológico (aerosol)	I
	41	Lanceta estéril para obtener muestras de sangre	II
	42	Recipiente estéril para muestras de laboratorio	I
	43	Tubo colector de muestra	I
	44	Tubos para recolección de sangre con anticoagulante (EDTA o heparina)	I

Fuente: Elaboración de los investigadores 2023

Para fundamentar el proceso de solicitud y distribución de insumos cabe decir que según (Acosta Torres, 2015) la cadena de suministro son todas las actividades relacionadas con la transformación de un bien desde su inicio hasta el consumo final.

Ilustración 1.

Proceso de suministro y entrega de insumos médicos



Fuente: Elaboración de los investigadores 2023.

Descripción de los procesos

Solicitud de insumos médicos: para este proceso utilizaremos el inventario de seguridad, el punto de pedido y el pronóstico de la demanda. Recomendamos mantener los niveles de inventario mediante un inventario de seguridad, esto nos permite evitar abastecimientos deficientes por parte del proveedor y contar con un abastecimiento razonable para suplir la demanda. Cuando el nivel de existencias se acerca al inventario de seguridad es el momento de realizar nuestros pedidos.

El inventario de seguridad lo calculamos mediante la fórmula:

(Mecalux S.A., 2023) Inventario de seguridad = (demanda diaria promedio X tiempo en días) - (inventario en tránsito + inventario disponible).

Utilizar el respectivo formulario con la información y las firmas de autorización correspondientes. En el caso de instalaciones estatales agregar un conteo físico de cada producto solicitado.

Punto de pedido: Es el momento que la organización debe realizar pedidos de un producto para evitar la rotura de stock. Toma en cuenta el inventario de seguridad y el tiempo normal de entrega. Lo calculamos mediante la fórmula:

(EAE Business School Barcelona, 2022): Punto de pedido= inventario de seguridad + (consumo promedio diario*periodo normal de entrega)

Pronóstico de la demanda: para realizar la solicitud de insumos de un período en particular utilizaremos como apoyo el modelo de suavización exponencial simple para obtener un pronóstico de la probable demanda de ese determinado periodo de tiempo (Salazar, 2023).

Para este modelo utilizaremos la siguiente fórmula:

$$\bar{X}_t = \bar{X}_{t-1} + (\alpha \cdot (\bar{X}_{t-1} - X_{t-1}))$$

\bar{X}_t = Promedio de demanda a calcular, \bar{X}_{t-1} = Pronóstico de demanda del período anterior,

X_{t-1} = Demanda real del período anterior y α = coeficiente de suavización

Para el coeficiente de suavización se utilizará un valor entre 0 y 0.5 en la práctica. Si trabajamos con un producto con una demanda estable se utilizarán valores de 0 a 0.2. Para productos con demanda más inestable o en crecimiento se utilizarán valores de 0,3 a 0.5 (Betancourt, 2016).

Recepción de Insumos: cuando se realice la recepción de insumos la persona designada por el encargado del almacén debe: contar los productos recibidos, verificar que estén en buen estado (envase terciario y secundario no vulnerados), cotejar con la factura o la orden de entrega que coincida la cantidad contada, tener copia del documento de entrega, ingresar al Kardex todos los productos que ingresan al almacén, entregar al personal administrativo el documento original de entrega.

Almacenamiento: una vez verificados y registrados los insumos en el Kardex de inventario procedemos a ubicarlos en las estanterías y pallets disponibles siguiendo las buenas prácticas

de almacenamiento. Las áreas de almacenamiento deben tener dimensiones apropiadas que permitan una organización correcta de los insumos y productos, evite confusiones y riesgos de contaminación y permita una rotación correcta de las existencias.

Se recomienda distribuir los productos en la bodega con base en el sistema de clasificación ABC fundamentado en la Ley de Pareto (Cisneros, 2021), el cual también nos será útil al realizar los pedidos dando prioridad a los productos de mayor rotación.

Una vez clasificados debemos organizar cada producto con base en el sistema FEFO (Okedara, 2023), para evitar la acumulación de material caducado. Periódicamente se recomienda la utilización de una lista de verificación, para verificar el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento y mejorar la seguridad, incrementar la eficiencia, mejorar la gestión del inventario y brindar un mejor servicio.

Despacho de insumos: el personal designado por el encargado del almacén debe registrar en el Kardex toda salida de materiales y llenar el comprobante de salida completando toda la información requerida con las firmas pertinentes.

Conteo cíclico ABC del inventario: el encargado del inventario de insumos médicos o el personal designado por él se encargará de realizar un conteo mensual de los productos pertenecientes al grupo A y semestral de los productos pertenecientes al grupo B. Los productos pertenecientes al grupo C serán contados anualmente. La cantidad de conteos que se realizará diariamente se calcula basado en el número de unidades de inventario que posea la instalación.

DISCUSIÓN

Se precisa de una adecuada cadena de suministros de insumos médicos para una atención segura y de calidad, siendo uno de sus mayores retos la gestión administrativa del inventario con eficiencia y eficacia, manteniendo un servicio de calidad que satisfaga las necesidades de los pacientes. Es imperativo considerar que el carácter perecedero y desechable de los insumos es un factor condicionante para la gestión apropiada de la cadena de suministros en las instalaciones de salud. Por tal motivo el sistema de suministro debe gestionarse con perspicacia para realizar rotación de los insumos y evitar la pérdida o lesiones patrimoniales. La revisión bibliográfica permitió identificar la tipificación de riesgo de los insumos médicos que se requieren para la atención de pacientes en instituciones de salud del primer nivel de atención en Panamá, esto permite una mejor dotación basada en buenas prácticas y evidencia

científica. De igual manera es importante mencionar que los flujogramas de proceso de suministro y entrega de insumos médicos permiten preservar, controlar y almacenar de forma adecuada. Diseñar una propuesta contextualizada permite una gestión de inventario apropiada para el manejo y control de insumos médicos de una manera eficiente y eficaz para una atención segura y de calidad al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta Torres, J. L. (2015). *“La gestión de inventarios como herramienta en el abastecimiento de insumos médicos del instituto ecuatoriano de seguridad social hospital de ambato.”* Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/20505/1/T3397M.pdf>
- Alvarez, H. (2020). *Universidad Tecnológica de Panamá.* Obtenido de Universidad Tecnológica de Panamá: https://www.academia.utp.ac.pa/sites/default/files/docente/51/1.importancia_de_los_inventarios_0.pdf
- Axsater, S. (2015). *Inventory control.* Lund: Springer.
- Bandar, B., Alsharani, A., & Khan, A. (2022). Just-in-time approach in healthcare inventory management: Does it really work? *Saudi pharmaceutical journal*, 1830-1835.
- Belfiglio, V. (2014). *Scholar.* Obtenido de Scholar: <https://cgscholar.com/bookstore/works/the-treatment-of-flesh-wounds-in-the-roman-army-27-bcad-476#:~:text=The%20Romans%20forged%20a%20military,of%20bandages%20and%20moisturizing%20dressings.>
- Betancourt, D. (15 de Febrero de 2016). *Ingenio Empresa.* Recuperado el 19 de Septiembre de 2023, de Ingenio Empresa: <https://www.ingenioempresa.com/suavizacion-exponencial-simple/>
- Chan, M. (2023). *Unleashed an access company.* Obtenido de Unleashed an access company: <https://www.unleashedsoftware.com/blog/inventory-control-101#:~:text=Ancient%20Origins%20of%20Control,dating%20back%20approximately%2050%2C000%20years.>
- Cigarruista, H. (24 de Agosto de 2018). *Capital Financiero.* Obtenido de Capital Financiero: <https://elcapitalfinanciero.com/logistica-hospitalaria-puede-ayudar-a-panama-a-fortalecer-su-sistema-de-salud/>
- Cisneros, C. E. (2021). Los avances tecnológicos y su afectación en la ley de 80-20 de Pareto. *Código Científico Revista de Investigación*, 2(2), 1-15.
- Collins. (2023). *Collins Dictionary.* Obtenido de Collins Dictionary: https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/inventory#google_vignette
- Cruz, A., Galeano, K., & Meza, G. (5 de Diciembre de 2017). *Repositorio centroamericano SIIDCA-CSUCA.* Obtenido de Repositorio centroamericano SIIDCA-CSUCA: <https://repositoriosiidca.csuca.org/Record/RepoUNANM9577>

- Cueva Carrero, B. A. (2019). *Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas*. Obtenido de Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas: <https://repositorio.untrm.edu.pe/handle/20.500.14077/2037>
- EAE Business School Barcelona. (19 de mayo de 2022). *EAE Business School Barcelona*. Recuperado el 19 de Septiembre de 2023, de EAE Business School Barcelona: <https://retos-operaciones-logistica.eae.es/que-es-punto-de-pedido-como-calcula/>
- Elorza, M., Moscoso, N., & Lago, F. (2017). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 432-448. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n3/432-448/es>
- Esmelux. (17 de julio de 2023). *Mejorando la gestión de inventario en almacenes con el método FEFO*. Obtenido de Mejorando la gestión de inventario en almacenes con el método FEFO: <https://www.esmelux.com/blog/mejorando-la-gesti%C3%B3n-de-inventario-en-almacenes-con-el-m%C3%A9todo-fefo>
- Espejo González, M. (2022). *Getión de inventarios. Métodos cuantitativos*. Lima: Marge books.
- Gaceta Oficial Digital. (Martes 10 de enero de 2023). *Resolución N° 001*. Obtenido de Gaceta Oficial Digital: https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29708_A/GacetaNo_29708a_20230125.pdf
- García, I. (2016). *Universidad Santiago de Compostela*. Obtenido de Universidad Santiago de Compostela: http://eio.usc.es/pub/mte/descargas/ProyectosFinMaster/Proyecto_1351.pdf
- Guerrero Salas, H. (2017). Inventarios manejo y control. En H. Guerrero Salas, *Inventarios manejo y control* (págs. 15-36). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Haddock, C., McLean, R., & Chapman, R. (2002). *Careers in Healthcare Management: How to find your path and follow it*. Chicago. Obtenido de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9v6A6-UH-mcJ:https://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/becoming-a-health-care-administrator-pdf.pdf%3Fsfvrsn%3D2&cd=24&hl=es-419&ct=clnk&gl=pa>
- Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación. En R. Hernández Sampieri, *Metodología de la Investigación* (pág. 8). México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hospital Santo Tomás. (2023). *Hospital Santo Tomás*. Recuperado el 24 de agosto de 2023, de Hospital Santo Tomás: hospitalsantotomas.gob.pa/resena-historica/
- Instituto de Salud Pública de Chile. (Julio de 2017). *GUÍA PARA CLASIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS SEGÚN RIESGO*. Recuperado el 24 de agosto de 2023, de GUÍA PARA CLASIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS SEGÚN: <https://www.ispch.cl/sites/default/files/Gu%C3%ADa%20de%20Clasificaci%C3%B3n%20de%20Dispositivos%20M%C3%A9dicos%20Seg%C3%BAn%20riesgo,%20Formato%20Institucional.pdf>
- Instituto de Salud Pública de Chile. (Junio de 2018). *Guía para la Clasificación de Dispositivos Médicos según Riesgo*. Recuperado el 24 de agosto de 2023, de Guía para la Clasificación de Dispositivos Médicos según Riesgo: https://www.ispch.cl/sites/default/files/Guia_de_Clasificacion_de_Dispositivos_Medicos_Segun_riesgo_Formato_Institucional.pdf

- Jenkins, A. (25 de Febrero de 2023). *Oracle Netsuite*. Obtenido de Oracle Netsuite: <https://www.netsuite.com/portal/resource/articles/inventory-management/inventory.shtml>
- Ladrón, M. (2020). Gestión de Inventarios UF0476. En M. Ladrón, *Gestión de Inventarios UF0476* (pág. 9). Tutor Formación. Obtenido de https://www.editorialelearning.com/catalogo/media/iverve/uploadpdf/1525965865_UF0476_demo.pdf
- Lamonier, L. (Agosto de 2022). *Medievalists.net whre the middle ages begin*. Obtenido de Medievalists.net whre the middle ages begin: <https://www.medievalists.net/2022/08/management-daily-life-medieval-hospital/#:~:text=Hospitals%20founded%20by%20monastic%20orders,hospitals%20were%20of%20modest%20size>.
- Leaven, L., Ahmmad, K., & Peebles, D. (Septiembre de 2017). *IJIS INstitute*. Obtenido de IJIS Institute: <https://ijis-scm.bsne.ch/ojs.excelingtech.co.uk/index.php/IJSCM/article/download/1601/1601-5978-1-PB.pdf>
- Linnworks. (2022). *Linnworks*. Obtenido de linnworks: <https://www.linnworks.com/blog/inventory-control>
- Maplink. (15 de junio de 2021). *Maplink*. Obtenido de Maplink: <https://maplink.global/blog/es/principales-indicadores-de-in=ventarios/>
- Mecalux S.A. (20 de Marzo de 2020). *Mecalux S.A.* Obtenido de Mecalux S.A.: <https://www.mecalux.com.mx/blog/inventario-ciclico-conteo#:~:text=Este%20m%C3%A9todo%20consiste%20en%20contar,%2C%20tip%20de%20referencia%2C%20etc>.
- Mecalux S.A. (2023). *Mecalux S.A.* Obtenido de Mecalux S.A.: <https://www.mecalux.es/blog/niveles-de-inventario#:~:text=El%20nivel%20de%20inventario%20es,centros%20log%C3%A9sticos%20y%20tiendas%20f%C3%ADsticas>.
- Mecalux, S.A. (19 de abril de 2022). *Mecalux Esmena*. Obtenido de Mecalux Esmena: <https://www.mecalux.es/blog/indicadores-almacen#:~:text=1.-,Eficiencia%20en%20la%20recepci%C3%B3n%20de%20mercanc%C3%ADas,%20C3%A1rea%20de%20recepci%C3%B3n%20del%20almac%C3%A9n>.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (Octubre de 2018). *Ministerio de Salud de Nicaragua*. Obtenido de Ministerio de Salud de Nicaragua: <https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2022-10/N-149%20NORMA%20SUMINISTRO%20DE%20INSUMOS%20MEDICOS%20102018.pdf>
- Neve, B., & Schmidt, C. (2020). Point-of-use Hospital inventory management with inaccurate usage capture. *Health Care Management Science*, 126-145. Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8342273/pdf/10729_2021_Article_9573.pdf
- Nutricare. (2023). *Nutricare*. Obtenido de Nutricare: <https://www.nutricare.co.cr/blog/queson-insumos-medicos-quirurgicos-para-que-sirven>
- Okedara, J. (2023). *Bluecart*. Recuperado el 22 de agosto de 2023, de Bluecart: <https://www.bluecart.com/blog/good-warehouse-practices-checklist>

- Organización de las Naciones Unidas. (Diciembre de 2018). *Comisión económica para América Latina y el Caribe*. Obtenido de Comisión económica para América Latina y el Caribe: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155.4/S1700334_es.pdf?sequence=18&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (1 de abril de 2021). *Atención primaria de salud*. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de Atención primaria de salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Panamericana de la Salud. (6 de agosto de 2019). *Cuáles son los principales dispositivos médicos que los servicios de salud del primer nivel deberían tener*. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.paho.org/es/noticias/6-8-2019-cuales-son-principales-dispositivos-medicos-que-servicios-salud-primer-nivel>
- Organización Panamericana de la Salud. (Noviembre de 2021). *Lista de dispositivos médicos prioritarios para el primer nivel de atención en los países de la Región de las Américas*. Obtenido de Lista de dispositivos médicos prioritarios para el primer nivel de atención en los países de la Región de las Américas: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55626/OPSHSSMT210016_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E., Dounias, G., & Hadjichristodoulou, C. (2014). Medical Supplies Shortages and Burnout among Greek Health Care Workers during Economic Crisis: a Pilot Study. *International Journal of Medical Science*, 442-447.
- Rashid, A., & Amirah, N. (2017). Relationship between poor documentation and efficient inventory control at Provincial Ministry of Health, Lahore. *American Journal of innovative research and applied science*, 420-423.
- Real Academia Española . (2023). *Real Academia Española* . Obtenido de Real Academia Española : <https://dle.rae.es/stock>
- Real Academia Española . (2023). *Real Academia Española* . Obtenido de Real Academia Española : <https://dle.rae.es/dise%C3%B1o>
- Salazar, B. (2023). *Ingeniería Industrial*. Recuperado el 19 de Septiembre de 2023, de Ingeniería Industrial: <https://www.ingenieriaindustrialonline.com/pronostico-de-la-demanda/suavizacion-exponencial-simple/>
- Schwarz, L. (29 de Junio de 2022). *Oracle Netsuite*. Obtenido de Oracle Netsuite: <https://www.netsuite.com/portal/resource/articles/inventory-management/what-are-inventory-management-controls.shtml>
- Stanford encyclopedia of philosophy. (29 de agosto de 2017). *Stanford University*. Obtenido de Stanford University: [https://plato.stanford.edu/entries/enlightenment/#:~:text=The%20Enlightenment%20is%20most%20identified,Revolution%20\(1789%E2%80%939399\)](https://plato.stanford.edu/entries/enlightenment/#:~:text=The%20Enlightenment%20is%20most%20identified,Revolution%20(1789%E2%80%939399)).
- The Borgen Project. (23 de Noviembre de 2021). *Borgen Magazine*. Obtenido de Borgen Magazine: <https://www.borgenmagazine.com/medshare/>
- The British Association of Urological Surgeons. (2023). *The British Association of Urological Surgeons*. Obtenido de The British Association of Urological Surgeons: https://www.baus.org.uk/museum/83/18th_century#:~:text=During%20the%2018th%20century%20medicine,declined%20during%20the%2018th%20century.

- Torres, M., & Gomez, D. (22 de marzo de 2022). *Universidad Peruana Los Andes*. Obtenido de Universidad Peruana Los Andes: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4638>
- U.S. Agency for International Development. (2014). *U.S. Agency for International Development*. Obtenido de U.S. Agency for International Development.
- Universidad Militar de Nueva Granada. (2014). *Universidad Militar de Nueva Granada*. Obtenido de Universidad Militar de Nueva Granada: http://virtual.umng.edu.co/distancia/ecosistema/ovas/administracion_empresas/contabilidad_general/unidad_4/DM.pdf.
- Universidad Militar de Nueva Granada. (s.f.). *Universidad Militar de Nueva Granada*. Obtenido de Universidad Militar de Nueva Granada: http://virtual.umng.edu.co/distancia/ecosistema/ovas/administracion_empresas/logistica/unidad_3/DM.pdf
- US Legal. (2023). *US Legal*. Obtenido de US Legal: <https://definitions.uslegal.com/m/medical-supplies/>
- Westreicher, G. (1 de agosto de 2020). *Economipedia*. Obtenido de Economipedia: <https://economipedia.com/definiciones/proceso.html>
- Wikipedia the free encyclopedia. (12 de Diciembre de 2022). *Wikipedia the free encyclopedia*. Obtenido de Wikipedia the free encyclopedia: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_facility
- Wikipedia the free encyclopedia. (23 de Agosto de 2023). *Wikipedia the free encyclopedia*. Obtenido de Wikipedia the free encyclopedia: <https://en.wikipedia.org/wiki/Florence#:~:text=Florence%20was%20a%20centre%20of,political%2C%20economic%20and%20financial%20center.>
- Wikipedia, the free encyclopedia. (13 de Agosto de 2023). *Wikipedia, the free encyclopedia*. Obtenido de Wikipedia, the free encyclopedia: https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_accounting
- Wikipedia, the free encyclopedia. (20 de Julio de 2023). *Wikipedia, the free encyclopedia*. Obtenido de Wikipedia, the free encyclopedia: https://en.wikipedia.org/wiki/Medicine_in_ancient_Rome
- Wild, T. (2018). *Best practice in inventory management* (Vol. Third Edition). (Routledge, Ed.) New York, New York, USA: Taylor & Francis Group.
- Yadav, P. (2015). *Taylor & Francis Online*. Obtenido de Taylor & Francis Online: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.4161/23288604.2014.968005?needAccess=true&role=button>
- Zoho Corpotation Pvt. Ltd. (2023). *Zoho Books Dictionary*. Obtenido de Zoho Books Dictionary: <https://www.zoho.com/books/accounting-terms/stock-in-accounting.html>

**ADAPTACIÓN SOCIAL EN PERSONAS CON
ILEOSTOMÍA Y COLOSTOMÍA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL**

**SOCIAL ADAPTATION IN PEOPLE WITH ILEOSTOMY AND COLOSTOMY
AT THE INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL**

**ADAPTAÇÃO SOCIAL EM PESSOAS COM
ILEOSTOMIA E COLOSTOMIA DO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER**

Liliana Elena Torres Rodríguez
Instituto Oncológico Nacional, Panamá
ltorres@ion.gob.pa
<https://orcid.org/0009-0005-6146-1083>

Dalys Angelica Solís Rodríguez
Instituto Oncológico Nacional, Panamá
lysangel1886@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-2540-4158>

Fecha de Recepción: 9 de agosto de 2024

Fecha de Aceptación: 6 de diciembre 2024

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v35n31.a6700>

RESUMEN

Introducción: En la actualidad se ha comprobado que son muchos los factores que influyen en la Adaptación Social de las Personas con Ileostomía y Colostomía, lo cual va a variar según la inteligencia emocional de cada individuo y el apoyo psicosocial con la que cuenta.

Objetivo: describir la adaptación al entorno social, eficaz y efectivo de las personas con ileostomía y colostomía en condiciones ambulatorias. **Metodología** Es un estudio descriptivo, cualicuantitativo, con grupo focal cerrado con un 20% de la población total de personas con esta ostomía entre noviembre 2018 a julio 2019, sin limitante de edad, sin embargo, se mantuvieron criterios de inclusión como pacientes operados en la institución y de menor de 1 año de tener la ostomía. Para evaluar de forma numérica el nivel de adaptación se les aplico un cuestionario, basado en la escala de Likert, trabajándose con un pretest y postest, luego de la intervención. **Resultados:** El estudio, mostro que hubo cambio en el autocuidado con pretest y el postest, más no en la comparación del pretest y postest en el

ámbito emocional y percepción como ser humano. **Conclusión:** La adaptación social a la colostomía e ileostomía va ligada a la percepción como persona de cada paciente, no influye el estatus social, nivel académico, ni edad, es un proceso individualizado, el cual requiere ayuda de profesionales que le pueden dar herramientas para afrontar su nuevo estilo de vida.

Palabras claves: Ostomía, Afrontamiento, autocuidado, adaptación social

SUMMARY

Introduction: At present, it has been proven that many factors influencing the Social Adaptation of People with Ileostomy and Colostomy will vary based on each individual's emotional intelligence and psychosocial support. **Objective:** to describe the adaptation to the social, effective, and efficient environment of people with ileostomy and colostomy in ambulatory conditions. **Methodology:** This is a descriptive, qualitative-quantitative study, from November 2018 to July 2019, on a closed focus group representing 20% of the total population of people with this ostomy. There was no age limitation; however, inclusion criteria required patients to have undergone surgery at the institution and had the ostomy for less than 1 year. A questionnaire based on the Likert scale was applied to evaluate numerically the level of adaptation, along with a pretest and posttest, after the intervention. **Results:** The study showed a change in self-care with the pretest and posttest, but not in the comparison between the pretest and posttest in the emotional realm and perception as a human being. **Conclusion:** The social adaptation to colostomy and ileostomy is linked to each patient as a person but not influenced by social status, academic level, or age; it is an individualized process that requires help from professionals who can provide tools to cope with their new lifestyle.

Keywords: Ostomy, coping, self-care, social adaptation.

RESUMO

Introdução: Atualmente está comprovado que existem muitos fatores que influenciam a Adaptação Social das Pessoas com Ileostomia e Colostomia, que irão variar de acordo com a inteligência emocional de cada indivíduo e o suporte psicossocial que possuem. **Objetivo:** Descrever a adaptação eficiente e eficaz ao meio social de pessoas com ileostomia e colostomia em condições ambulatoriais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quali-quantitativo, com grupo focal fechado com 20% da população total de pessoas com essa ostomia entre novembro de 2018 e julho de 2019, sem limitação de idade, no entanto, os critérios de inclusão foram mantidos como pacientes operados na instituição e menos de 1 ano após a realização da ostomia. Para avaliar numericamente o nível de adaptação, foi aplicado um questionário, baseado na escala Likert, trabalhando com pré-teste e pós-teste, após a intervenção. **Resultados:** O estudo mostrou que houve mudança no autocuidado com pré-teste e pós-teste, mas não na comparação do pré-teste e pós-teste no campo emocional e na percepção como ser humano. **Conclusão:** A adaptação social à colostomia e ileostomia está ligada à percepção como pessoa de cada paciente, não é influenciada pelo status social,

nível acadêmico ou idade, é um processo individualizado, que requer a ajuda de profissionais que possam dar-lhes ferramentas para enfrentar seu novo estilo de vida.

Palavras-chave: Ostomia, enfrentamento, autocuidado, adaptação social

INTRODUCCIÓN

Existe un evidente incremento en el cáncer colorrectal en la República de Panamá, ya que según datos estadísticos, el cáncer colorrectal ocupa el cuarto lugar de mayor incidencia con un 10.2% y el tercero en mortalidad con un 9.2%, lo cual ha ocasionado un arcado aumento de personas portadoras de una enterostomía, sin embargo, tanto en Panamá como internacionalmente no existe ninguna estadística oficial sobre las personas ostomizadas, ni previos publicados a nivel nacional, cabe destacar que actualmente las instalaciones de salud de tercer y cuarto nivel mantienen un programa de enfermeras enterostomales encargadas de este aspecto de rehabilitación del paciente a su alta en casa, ya que en su estadía hospitalaria, el cuidado de su ostomía es competencia del personal de enfermería de cada sala de hospitalización. Estas estadísticas son llevadas por cada programa de cada centro hospitalario, pero no son unificadas a nivel nacional.

La ostomía se define como “una abertura quirúrgica que se hace en la piel cuando un problema no permite que una parte del cuerpo funcione bien”, según la (American Cancer Society, 2024).

La (United Ostomy Association, Inc. 1962-2005) indica que una colostomía o ileostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía. Por lo general, se necesita una colostomía o ileostomía porque un problema está causando que el colon o íleo (intestino delgado e intestino grueso) no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse.

En mi experiencia laboral puedo decir que las enterostomías (colostomía e ileostomía), pueden ser temporal por un tiempo determinado, pasado este tiempo se realiza lo que llamamos anastomosis, que es más que la unión de las partes del intestino donde previamente se realizó el corte quirúrgico. También pueden ser permanente en el cual no se vuelve a unir el intestino, por lo que prevalece la estoma de forma indefinida.

Las enterostomías ocasionan en su portador cambios en su estilo de vida, ya que se verá afectado por nueva imagen corporal, manejo de evacuaciones, sonidos de flatos, sexualidad, accidentes con la bolsa, concepción, alimentación, razón por la cual existe, un déficit de adaptación en las personas ostomizadas. Sin importar la edad, sexo, ni extracto social, el paciente puede pasar por una difícil adaptación, según nos indica Cobos (2018).

Se debe tener en cuenta que no solo la persona ostomizada se afecta, también se afecta las personas en su entorno y primordialmente sus familiares, más cercanos, esto podría llevar al paciente a un aislamiento parcial o total, evitando así contacto por vergüenza.

Por otra parte, el personal de salud a nivel mundial suele preocuparse mayormente del aspecto físico y la semiología del paciente, buscando soluciones a las condiciones de salud. Dejando de lado, las otras esferas o necesidades del ser humano como lo son: aspecto emocional, sexual, recreativo y social que beneficia o no la rehabilitación y adaptación adecuada del paciente, ya que no solamente cambia el aspecto físico, sino como se percibe el paciente, como cree que lo ven sus familiares, amigos y compañeros del entorno. Además, influye realmente como puede reaccionar su entorno hacia la nueva ostomía.

Tomando en cuenta la necesidad de adaptación, nace este estudio, cuyo fin es demostrar la adaptación social de los pacientes enterostomizados del Instituto Oncológico Nacional, antes y después de una intervención de un programa educativo de un especialista en rehabilitación enterostomal, el cual tiene un enfoque emocional, concepto que suele pasarse por alto, en el paciente ostomizado.

METODOLOGÍA

Este proyecto es cuali-cuantitativo, descriptivo, educativo y transversal.

Este estudio es cuali-cuantitativo es un mezcla de dos enfoque donde el cualitativo se utiliza para recopilar datos no numéricos, sin embargo se puede dar un valor como en ente caso se hizo en el estudio cuantificando cada ítems de la escala de Likert, donde la parte cuantitativa recopila los datos contables dando como resultados porcentaje numéricos, por otro punto es transversal porque se realiza en periodo de tiempo determinado y único, descriptivo porque consiste en observar y describir el comportamiento, las características de un grupo de estudio y educativo porque estaba orientado a la educación para mejorar la adaptación del paciente.

El proyecto de intervención se ejecutó durante un mes en 3 sesiones grupales, previamente se aplicó un pretest y postest, evaluando de esta forma si existe o no cambio en la adaptación social; utilizando como estrategia metodológica el modelaje, donde se invitó a dos personas con ostomía desde hace más de cinco años, la muestra se basó en un grupo focal cerrado, tomada de los últimos 9 meses de datos estadísticos del libro de captación del programa de ostomizados, que está en los criterios de inclusión dentro de los datos de los últimos meses el total es de 44 pacientes los cuales se trabajara con el 15 por ciento que equivale a 7 pacientes los cuales fueron escogidos por conveniencia según los criterios, cabe resaltar que se tomó dicho porcentaje debido a que algunos pacientes fallecieron antes de iniciar el programa, propio de su patología.

Los criterios de inclusión que se utilizaron con el grupo focal fueron:

- Personas con cirugías realizadas en el Instituto Oncológico Nacional (ileostomía, colostomía) con menos de 1 año.
- Deben firmar el consentimiento de participación.
- Que residan en la ciudad de Panamá.
- Personas con autonomía para su cuidado personal.

El proyecto de intervención se fundamentó en la teoría de adaptación de Callista Roy, se ejecutó en tres fases.

En la primera fase, se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía existente, comprobando que no existe a saber, un estudio de adaptación en ostomía del territorio nacional, por consiguiente, se procede a crear productos que fueran capaces de ser motivación y educación para los pacientes, entre los productos que se crearon están un video de aumento de autoestima, guía y un mural para el manejo de las ostomías.

A su vez, se realizó la validez de contenido de los talleres y cuestionario, tanto cualitativa como cuantitativamente con un juicio de tres expertos para obtener la validez aparente, al mismo tiempo se realizó una prueba piloto con ostomizados que no participaran del proyecto, para verificar que el instrumento basado en la escala de Likert (también denominada método de evaluaciones sumarias) denominada así por Rensis Likert en 1932, fuera viable para el pretest y postest. la puntuación del instrumento se utilizó como referencia *Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptado (ESCAPS)*, de la teórica de Enfermería Callista Roy, diseñada en el año 2004, para identificar grados de

capacidad de Afrontamiento y adaptación utilizadas por la persona para hacer frente a situaciones difíciles o críticas, en la siguiente tabla se explica grados de capacidad de adaptación emocional en pacientes con ostomías

Tabla 1.

Grados de capacidad de adaptación emocional en pacientes con ostomías según la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy

Puntuación	Grados de capacidad de adaptación
0-16	Baja capacidad de adaptación a la ostomía
17- 32	Mediana capacidad de adaptación a la ostomía
33 -48	Alta capacidad de adaptación a la ostomía
49 - 64	Muy alta capacidad de adaptación a la ostomía

Para entender mejor la adaptación la teorista Roy nos conceptualizo grados de capacidad de afrontamiento y adaptación versus dominios de las estrategias de afrontamiento.

Tabla 2

Conceptualización de los grados de capacidad, estilos y dominios de las estrategias de afrontamiento

Estilos de Afrontamiento		Dominios de las estrategias de afrontamiento		
Grados de capacidad de afrontamiento Y adaptación	Estilo	Cognitivo	Conductual o comportamental	Emocional
Baja capacidad	Estilo pasivo o evitativo	-No encuentra significado al suceso. - Pensamientos pesimistas. -Negación de la gravedad del problema. -Minimiza consecuencias y el impacto de la situación. -Incluye actividades que desligan el pensamiento del problema (fantasías).	-Conductas de negación y distanciamiento del estresor -No confronta la realidad. -No maneja las consecuencias. -Incluye actividades como la religión, pasear, leer, usar sustancias, entre otras. Por ejemplo, “se resigna ante la situación”.	No mantiene equilibrio afectivo. -Sentimientos negativos. -Se culpabiliza y se autocrítica de forma desvalorizante. Por ejemplo “se resigna ante la situación”.
Mediana capacidad	Estilo pasivo o activo con estrategias muy limitadas.	-Intenta encontrar significado al suceso. -Usa la aceptación como estrategia flexible en el reconocimiento de la naturaleza crítica del suceso y trata de solucionar la situación cuando la percibe controlable. Por ejemplo, “mantengo la esperanza”.	-Intenta confrontar la realidad y manejar las consecuencias. -Puede o no buscar apoyo social y utilizar estrategias de auto distracción como trabajar en exceso, estudiar, mirar televisión, entre otros.	Intenta regular los aspectos emocionales y mantener el equilibrio afectivo. Por ejemplo “Piensa que es transitoria la situación”, “disimula el estado de ánimo”.

Alta capacidad	Estilo activo, con estrategias centradas en el problema.	Busca el significado al suceso y lo valora de manera que resulte menos desagradable, mantiene pensamientos positivos y lo soluciona directamente la situación. Por ejemplo, mantiene “pensamientos de superación”.	-Las conductas van dirigidas a confrontar la realidad y a manejar sus consecuencias. -Busca el apoyo social y maneja el estímulo estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considera es susceptible de modificar. Por ejemplo, “buscar ayuda”.	Refleja esfuerzos para regular los aspectos emocionales y busca mantener el equilibrio afectivo. Por ejemplo, “hace bromas”.
Muy alta capacidad	Estilo muy activo, con estrategias resolutivas	-Encuentra significado al suceso y lo valora de manera optimista. -Se enfoca en la situación. -Anticipa planes de acción. -Se ocupa del problema. Por ejemplo: “busca información”.	-Conductas dirigidas a confrontar la realidad. -Acepta la responsabilidad en el origen, mantenimiento y las consecuencias del problema. -Controla el estímulo estresor en forma directa. Por ejemplo, mantiene red social.	Regula y controla los aspectos emocionales y mantiene el equilibrio afectivo. Por ejemplo “habla de ello”

Nota: Roy, (2004). Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS)

Segunda Fase, se enfocó en la aplicación y realización de cada taller dirigidos al autocuidado e inteligencia emocional y a su vez recopilación de datos.

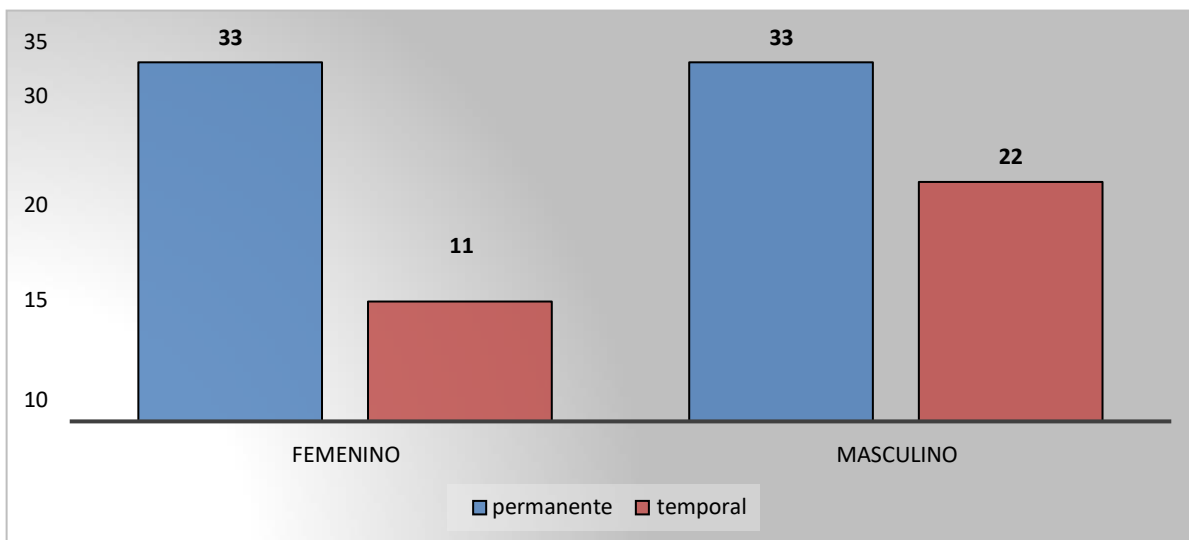
Tercera fase, fue dar conocer los resultados de dicha intervención.

RESULTADOS

Estas son gráficas y tablas de los resultados al cuestionario realizado a los 9 paciente dentro del proyecto, donde se le realizo un pretest antes de iniciar todos los temas sugeridos y un postest luego de dichas intervenciones semanales en un periodo determinado.

Figura 1

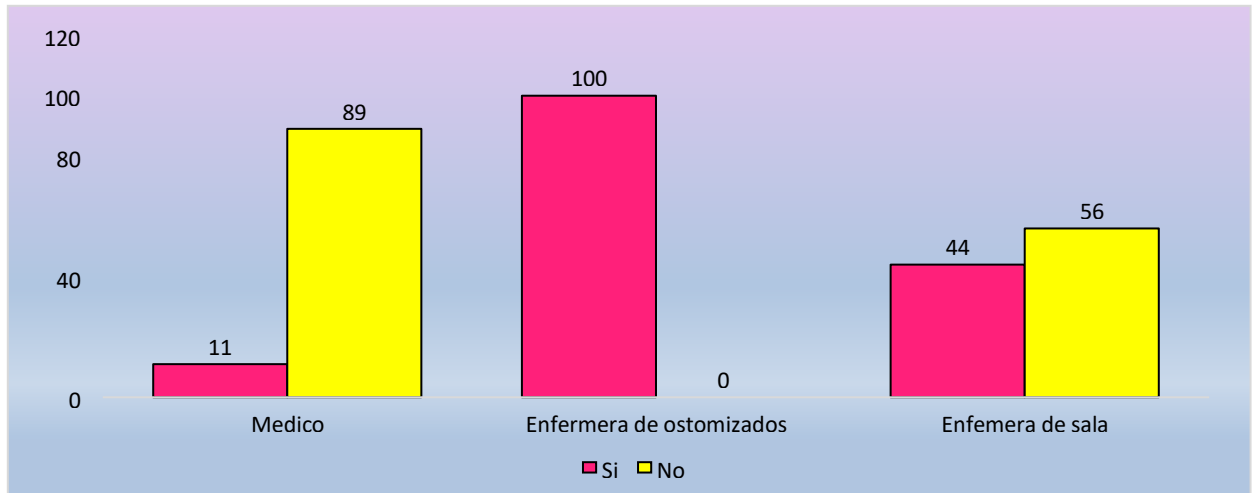
Pacientes con enterostomía según tipo de ostomía y sexo en el Instituto Oncológico Nacional (Diciembre 2019).



Se puede observar que la mayoría de la ostomía realizada a los pacientes con cáncer resultan ser permanentes sin importar el sexo con un valor de 67% y tan solo un 33% fue el resultado de temporal. Base de datos del Instrumento aplicados a pacientes participantes del proyecto: Programa educativo para la adaptación social de las personas con colostomía e ileostomía del ION.

Figura 2

Personal de salud que mayormente orienta a pacientes con enterostomía en el Instituto Oncológico Nacional en diciembre 2019

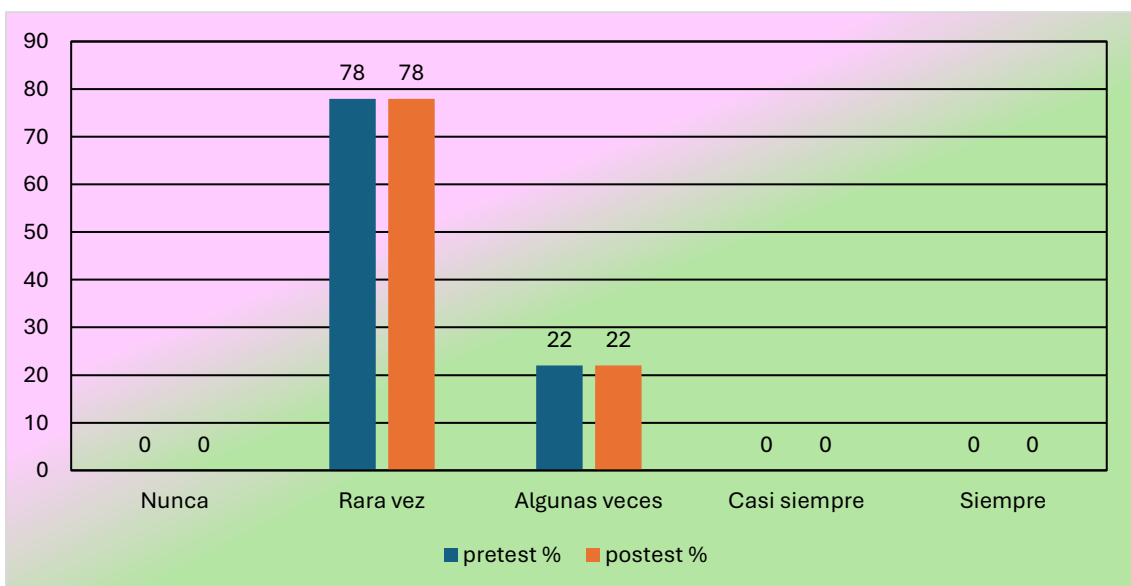


Se visualiza claramente que 100% indica que la orientación que mayormente reciben es del programa de ostomizados, seguido de un 44% la enfermera de sala y tan solo 11% el médico.

Base de datos del Instrumento aplicados a pacientes participantes del proyecto:
Programa educativo para la adaptación social de las personas con colostomía e ileostomía del ION.

Figura 3

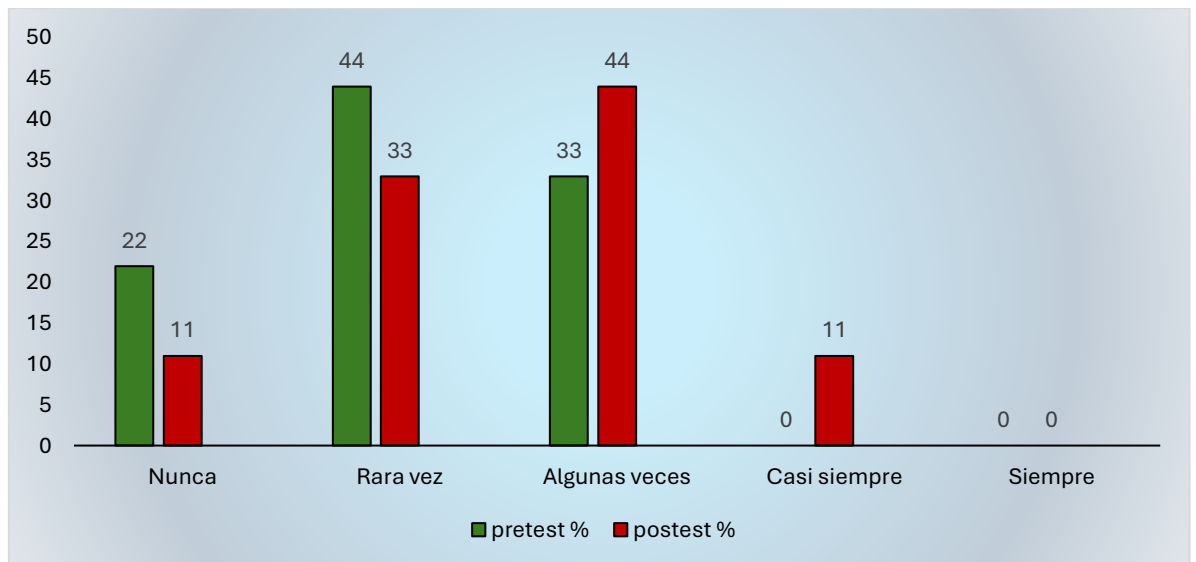
Frecuencia de la realización de actividades diaria antes de la ostomia en pacientes del Instituto Oncológico Nacional en diciembre 2019



Se puede evaluar que los resultados del pretest y el post test, no tuvo ningún cambio para los ítems de realizar actividades diarias que efectuaba antes de una ostomía, el 78% indicaron que rara vez y el 22 % algunas veces. Base de datos del Instrumento aplicados a pacientes participantes del proyecto: Programa educativo para la adaptación social de las personas con colostomía e ileostomía del ION.

Figura 4

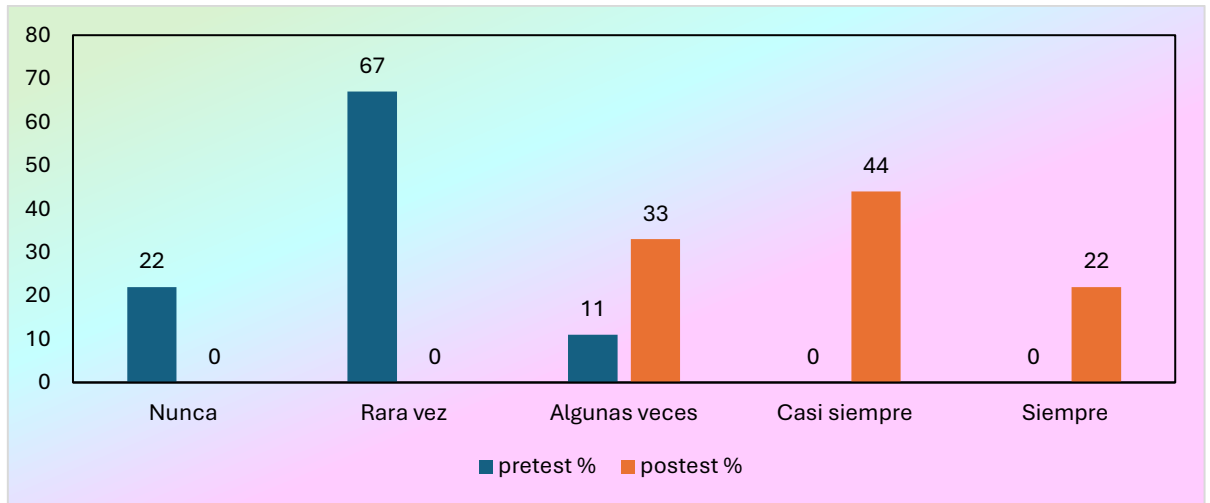
Interés por su aspecto físico portando una ostomía en pacientes del Instituto Oncológico Nacional en diciembre 2019



Se puede notar un minúsculo cambio del porcentaje de la auto percepción de la imagen corporal ante una ostomía. Base de datos del Instrumento aplicados a pacientes participantes del proyecto: Programa educativo para la adaptación social de las personas con colostomía e ileostomía del ION.

Figura 5

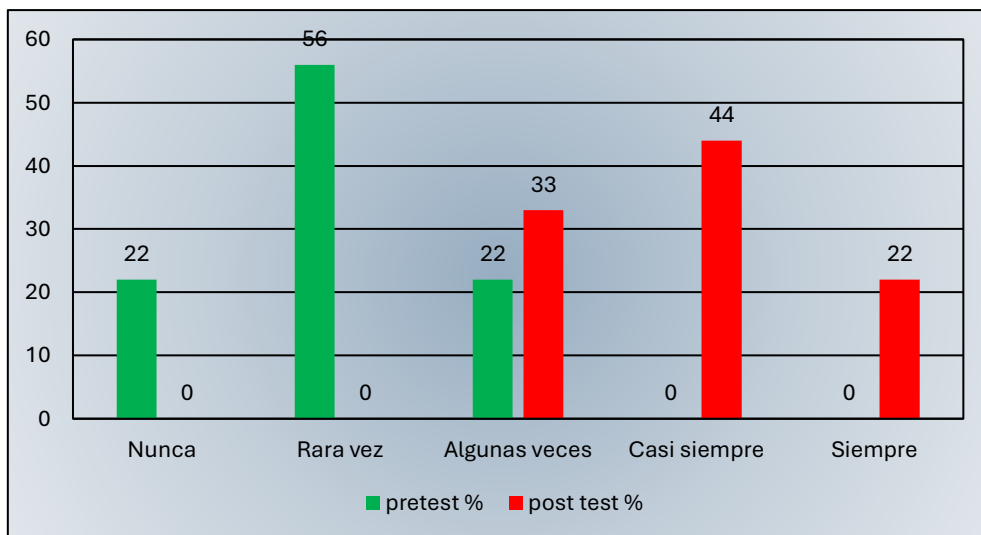
Autocuidado de la ostomía en pacientes del Instituto Oncológico Nacional en diciembre 2019.



Se puede ver el gran cambio luego de aplicar los talleres del programa en cuanto al autocuidado en los pacientes sobre su ostomía. Base de datos del Instrumento aplicados a pacientes participantes del proyecto: Programa educativo para la adaptación social de las personas con colostomía e ileostomía del ION.

Figura 6

Frecuencia con la que pueden resolver las complicaciones de la ostomía los pacientes del Instituto Oncológico Nacional en diciembre 2019

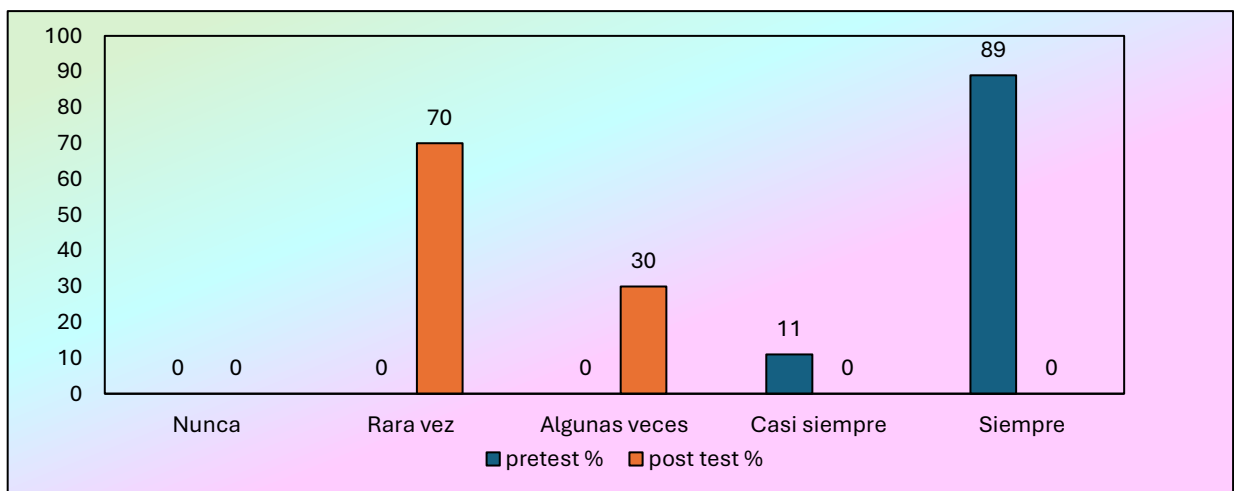


El resultado del pretest y post test se destaca un cambio respuesta como nunca con un 22% en pretest y 0% en post test y rara vez 56% pretest y 0% en posttest, podría resolver las dificultades ocasionada por la bolsa en el postest siempre 22% y casi siempre 44%, incluso se observa cambios estadísticos 22% a 33% en la frecuencia de algunas veces.

Base de datos del Instrumento aplicados a pacientes participantes del proyecto: Programa educativo para la adaptación social de las personas con colostomía e ileostomía del ION.

Figura 7

Percepción de importancia que su entorno tenga conocimiento de su ostomía para los pacientes del Instituto Oncológico Nacional en diciembre 2019.



Se puede observar como la percepción de importancia del conocimiento del entorno de paciente pudo varias del pretest con un porcentaje de 11% casi siempre y un 89% siempre, en campo luego de realizada la intervención en el postest se observa que dicha percepción de importancia que su entorno tenga el conocimiento varia a rara vez 70% y algunas veces 30. Base de datos del Instrumento aplicados a pacientes participantes del proyecto: Programa educativo para la adaptación social de las personas con colostomía e ileostomía del ION.

Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptado (ESCAPS)

Se utilizó la técnica semáforo dando un patrón de colores y siguiendo los resultados del instrumento de la gran teórica Callista Roy.

Tabla 3

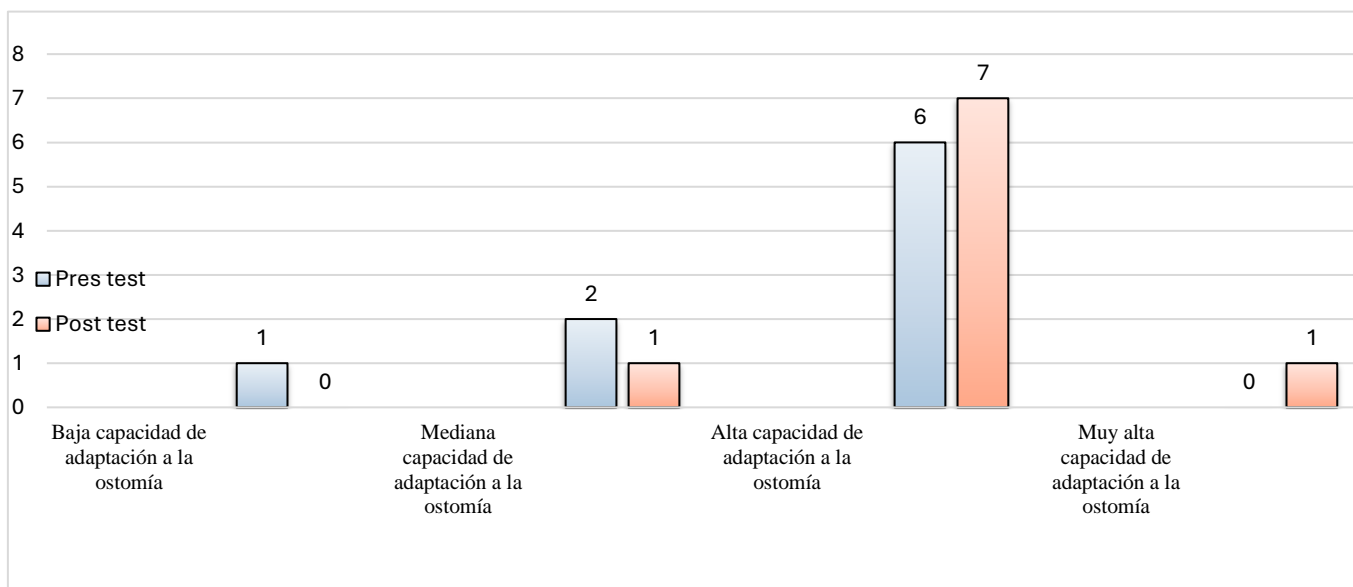
Resultados de pretest y postest del proyecto de intervención con pacientes ostomizados.

	Pres test	Post test
Baja capacidad de adaptación a laostomía	1	0
Mediana capacidad de adaptación a laostomía	2	1
Alta capacidad de adaptación a laostomía	6	7
Muy alta capacidad de adaptación a laostomía	0	1

Podemos observar de forma más ilustrativa los resultados pertinentes a la técnica semáforo del proceso de afrontamiento y adaptación. Base de datos del Instrumento aplicados a pacientes participantes del proyecto: Programa educativo para la adaptación social de las personas con colostomía e ileostomía del ION.

Figura 8

Resultado mediante la técnica de semáforo de los Proceso de Afrontamiento y



Adaptación

El cambio entre baja capacidad y muy alta capacidad es muy significativo al igual que el cambio que se observa en la alta capacidad. Base de datos del Instrumento aplicados a pacientes participantes del proyecto: Programa educativo para la adaptación social de las personas con colostomía e ileostomía del ION

DISCUSION

El proyecto arroja resultados muy parecidos a la revisión bibliográfica previa, iniciamos indicando datos de Globocan que muestra que la incidencia en hombres es levemente mayor que en mujeres, y que la edad si es un factor de riesgo marcado en el cáncer colorectal principalmente en los adultos mayores de 50 años, comportamiento similar al proyecto realizado cuyas evidencias han sido mostradas.

Por otra parte, Simmons (2014) nos indica que en el paciente ostomizado se ven interferidas las funciones sociales, razón por la cual disminuye sus actividades sociales, hay un aumento de los problemas de pareja y un menor contacto con sus familiares y amigos. Muñoz et al. (2011) en un estudio, refiere que “los pacientes experimentan alteración en la calidad de vida, debido a sus nuevos cambios como lo es la higiene corporal, cambios en la imagen corporal, problemas sexuales como la difusión eréctil, e incluso el manejo a lo desconocido, las constantes visitas médicas en el caso del cáncer”.

Todo esto influye y conlleva a que la persona ostomizada tenga perdida laboral y de pareja ya que tienen dificultad para desenvolverse en su entorno, los pacientes de nuestra institución no escapan a esta realidad, en el estudio se observa que existe un alto índice en el desempleo y estado civil soltero lo cual es consecuencia a dicha interferencia social.

Roy describe el humano como un ser holístico, indica que funcionan como unidad con algún propósito, y no con la relación causa- efecto, formando así sistemas humanos como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones y a la sociedad como un todo (Díaz de Flores, Leticia et al. 2002, pág. 21).

En la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS), utilizado en el estudio, se pudo observar los cambios en los grados de capacidad de afrontamiento y adaptación del total de los pacientes en el estudio fueron muy pocos, lograron cambios como en el pretest encontramos un participante en el grado de baja capacidad y en muy alta capacidad cero participantes en mediana capacidad encontramos 2 y en alta capacidad encontramos 6 lo cual varia en el postest ya que daría como resultados cero paciente en el la baja capacidad y logrando 1 paciente en la alta capacidad

y leve cambio en mediana capacidad con uno disminuyendo un paciente en comparación del pretest y 7 en el alta capacidad aumentando en comparación del postest.

En los talleres pudimos comprobar la importancia que tienen los familiares y amigos de los pacientes ostomizados, ya que como menciona Roy el humano tiende a crear estos sistemas de grupos como apoyo, ya que mantenemos la necesidad de convivencia, por lo cual la teórica crea la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptado, para explicar de forma más precisa los niveles capacidad de adaptación del individuo según las condiciones que enfrenta en su vida cotidiana, de este modo sentirse protegidos y aceptados.

La adaptación es un proceso largo y comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado.

En el estudio se pudo comprobar que la adaptación y la educación continua van ligados y que influye de gran manera que el personal de salud cree una interacción horizontal donde un grupo de personas con las mismas dificultades, puedan brindarse apoyo y a su vez como personal de salud ser guía en el largo proceso de adaptación.

Uno de los cambios evidentes en el estudio fue el nivel de conocimiento, ya que entre más elevado sea este, mayor adaptación crea en el paciente. Roy menciona diferentes factores entre estos, sociodemográficos, psicológicos, complicaciones y permanencia de la ostomía”, en el estudio se refleja que la mayor parte de nuestros pacientes tienen ostomías permanentes. Por esta razón es muy importante la orientación a todo paciente que se le realice una ostomía, independientemente de la percepción y captación que este pueda tener a sus comienzos. Recalco esto, pues puede que los pacientes sientan que la orientación no es suficiente al ser dado de alta, a pesar de que es la misma información que se repitió en los talleres, solo que fue dada de forma repetitiva, y de forma grupal.

Por último, se pudo comprobar que la adaptación social de un ostomizado se ve mayormente influenciada por su apoyo familiar más que por su nivel educativo.

CONCLUSIONES

Muchas veces como personal de salud nos enfocamos en la parte fisiológica del paciente y nos preocupa más que cumpla con los cuidados para evitar complicaciones en

su enterostomía a futuro. Sin embargo, no le prestamos atención a la percepción de los pacientes y su primer sentir a estas orientaciones y su nuevo estilo de vida. Haber realizado esta investigación ayudo a promover la adaptación al entorno social del paciente, de una manera eficaz, lo cual pudimos comprobar durante el taller 2 “conectando emociones y relajación”.

La adaptación es un proceso que conlleva tiempo dependiendo de la conducta de cada persona, el captar el grado de adaptación con un pretest, fue muy útil, ya que de esta forma se logró un mejor enfoque hacia el reforzamiento del conocimiento de cada paciente y poder brindarles las herramientas para mejorar su salud mental e ir afrontando este proceso de una manera efectiva.

Es importante comprender cómo se siente un paciente oncológico ostomizado y su constante vivir con una enfermedad que amenaza su vida. Los resultados demostraron que los pacientes sin importar la edad y el sexo pueden presentar características y patrones similares como el aislamiento social, problemas en su rol familiar, vida de pareja, imagen corporal entre otras.

En parte se pudo observar que los pacientes con mayor tiempo de ser ostomizados, presentaron mayor capacidad de adaptación, lo cual nos ayudó a confirmar, que este tipo de intervenciones son beneficiosas para las personas con colostomías e ileostomías, incluso luego del alta hospitalaria.

El material didáctico que utilizamos nos sirvió en gran ayuda para el programa de ostomizados, ya que los pacientes, con ayuda del mural y la guía educativa, mantienen información de una fuente científica y no los blogs de internet que suelen traerle mayor preocupación y estigmas. En cuanto al video de fortalecimiento emocional, tuvo una buena aceptación, comentarios y alcance en las redes sociales aprovechando la era virtual y cabe resaltar que dicho proyecto se llevó a cabo meses antes de la pandemia por lo que muchos familiares y pacientes se sintieron identificados con el video alcanzando más de 250 reproducciones y obteniendo comentarios de agradecimiento ante una voz de aliento. El personal de salud debe tomar en cuenta la importancia de realizar talleres y a su vez atreverse a innovar con las nuevas TICs.

La adaptación a un entorno social fue evidente al compartir con otras personas ostomizadas, a pesar de que esta, no se logra en cuestión de horas, días, meses, o años, ya que es una variante impredecible, pudimos observar cambios importantes, lo cual nos

llena de mucho orgullo ante esta intervención, puesto que se logró fortalecer las emociones de estos pacientes evidentemente afligidos.

Pensamos que se necesita más personal en los programas de ostomizados para poder brindarle el debido acompañamiento en este proceso a los pacientes dándole su tiempo para adaptarse socialmente y así mismo poder organizar mas talleres, ya que muchas veces por la saturación del trabajo no se le puede brindar tanto tiempo al mismo.

También es de importancia que esta adaptación sea llevada de la mano con un equipo multidisciplinario ya que este paciente necesita apoyo físico y mental y por ende las enfermeras debemos ser bien empáticas a la hora de atenderlos.

Culminamos con este pensamiento del reconocido pensador chino (Confucio), que fue muy útil, agradable y emotivo para los pacientes. “No importa lo lento que vayas mientras no te detengas”.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta, A., Tuarez, K. (2013-2014). Impacto psicoemocional en pacientes con ostomía ambulatoria atendidos en la Consulta Externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Ecuador.
- Amar, J., Martínez, M., & Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Salud Uninorte*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81728689014>
- Agapito, K., Reaño, L. (2014). Influencia del programa educativo a domicilio en adaptación de personas ostomizados del hospital Almanzor Aguinaga asenzo Chiclayo. <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/436>
- Contraloría General de la República de Panamá. Instituto Nacional d Estadística y Censo. Panamá en Cifras. 2016-2020.
- Cobos, M, Gómez, L. (2013). Influencia de la continuidad de cuidados en la percepción de la calidad de vida en pacientes con irrigación por colostomía. España.
- Cobos JL. Libro Blanco de la Ostomía en España. 1ª. Edición. España: Coloplast; 2018
- Corella, J, Vázquez, A, Tarragón, M, (2005) Estomas, Manual para Enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/li_bro_47.pdf
- Díaz de flores, Leticia et al., (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan* [online]. Vol.2, n.1, pp.19-23. ISSN 1657-5997.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*.

- García, D., Payares, A., Tuiran, Y., (2014). Calidad de vida de los pacientes portadores de colostomías e ileostomías en el hospital Dr. Verdi Cevallos balda de portoviejo. manabi – ecuador
- Goffman, E. (2014). La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
Rev. Latino-Am. Enfermagem,.
- Hequera J. (2017) Ostomías intestinales. 1ª. Edición. Buenos Aires: Akadia;
- Hernández, a. (2013). Funcionalidad conyugal y calidad de vida en el paciente con colostomía e ileostomía. Instituto mexicano del seguro social unidad de medicina familiar, Toluca. México.
- Hierro, J. (2013). Colostomías.: <http://es.scribd.com/doc/143039862/tinueve>
- Justicia, R., Sánchez, J., Baraza, A. (2014). Cultura, educación y cuidados. Recuperado de: [://C:/Users/User/Downloads/CC_10_13.pdf](http://C:/Users/User/Downloads/CC_10_13.pdf).
- Ku, G. (2012). Management of colon cancer: resource-stratified guidelines from the Asian Oncology Summit.
- Las cinco fases para la aceptación de una enfermedad crónica. España: Ser paciente Experto o Activo; 2015. <https://bit.ly/3bPPc0O>.
- López, A. (2014). Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado. Trabajo de fin de grado. Universidad de Jaén.
- Marques Vieira, A, Gue Martini, J, dos Santos, P (2007). O impacto da ostomia no processo de viver humano. <http://www.redalyc.org/html/714/71416121/>
- Martín Muñoz, B., & Montesinos Gálvez, A. C. (2011). Ayuda emocional entre pacientes ostomizados. *Biblioteca Las casas*.
- Martínez, R., Fernández, A., (2012). Metodologías e instrumentos para la formulación, evaluación y monitoreo de programas sociales. Confama / Cepal.
Recuperado: <http://recursos.salonesvirtuales.com/assets/bloques/martinezrodrigo.pdf>
- Monés J. (2004). ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Recuperado <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=954794>
- Mojica A, Infante M^a V. Complicaciones de las ostomías y cuidados enfermero. Portales Médicos. <https://bit.ly/2UPpTX6>.
- Mota MS; Gomes G; Petuco VM; Heck RM; Barros EJ; de Oliveira VL. (2015) Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing. Rev Esc Enfermagem Usp. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100011>
- Muñoz, F., Vega, Y, (2012). Analisis De Involucrados. Universidad para la Cooperación Internacional. http://www.ucipfg.com/Repositorio/MAP/MAPD-07/UNIDADESAPRENDIZAJE/UNIDAD_4/Analisis_de_Involucrados.pdf
- Muñoz, R., Solís, M., Hernando, A., Béjar, P., Navarro, C., Mayo, N. (2011). Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. Dialnet.

- Muñoz, P, Pilamunga, G. (2013). Calidad de vida de los pacientes ostomizados, egresados del servicio de cirugía del hospital provincial general docente de riobamba y su relación con la atención de enfermería. riobamba – ecuador.
- Obrand, D, Gordon Ph. (1998). Continued change in the distribution of colorectalcarcinoma, vol 85. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2168.1998.00507.x>
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellström, A.-L., Lappas, G., & Hultén, L. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03263.x>
- Pineda E, Alvarado F. (2010). Metodología de la Investigación: Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. 2da ed. Washington E.U.A: Organización Panamericana de la Salud.
- Raile Alligood, M. (2018) Modelos Y Teorías En Enfermería (9ª Ed.). S.A. Elsevier España.
- Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K.-A., & Liles, L. L. M. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 627-635. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x>
- Stein W, Farina A, Gaffney, K et al. (1993) Characteristics of colon cancer at time of presentation. *Fam Pract*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8285086>
- Suárez, L., & González Navarro, S. (2010). El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 115–119.
- Tortora, G, Derrickson, B, (2013), Principios anatómicos y fisiológicos, 13 edición, panamericana.
- Triviño V, Zaider G, Sanhueza A. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichan. <https://bit.ly/2XhSjub>

**PROGRAMA EDUCATIVO “PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL
MEDIANTE HÁBITOS SALUDABLES EN EL HOGAR”****EDUCATIONAL PROGRAM “PREVENTION OF CHILDHOOD OBESITY
THROUGH HEALTHY HABITS AT HOME”.****PROGRAMA EDUCATIVO "PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL
ATRAVÉS DE HÁBITOS SAUDÁVEIS EM CASA"****Lilia Esther Almanza**

Facultad de Enfermería

Universidad de Panamá, Panamá

lilia.almanza@up.ac.pa<https://orcid.org/0009-0006-9298-5549>

Recibido: 4 de septiembre 2024

Aprobado: 25 de noviembre 2024

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v35n31.a6701>**Resumen**

El presente estudio evaluó el impacto de un programa educativo de niños con obesidad, cuya finalidad era de mejorar el estado nutricional de los niños e igualmente acrecentar en los padres los conocimientos y prácticas sobre alimentación saludable. El estudio se realizó en una instalación de la caja de seguro social de Santiago, provincia de Veraguas, República de Panamá, e incluyó a niños entre las edades de 0 a 9 años. La metodología empleada fue un diseño cuasi experimental con evaluación de pre y post intervención. Los resultados demostraron una mejora significativa en el estado nutricional de los niños y el incremento del conocimiento que tiene los padres sobre la alimentación adecuada de los menores, evidenciando un incremento del 27% al 82% en cuanto al conocimiento y del 30% al 75% en las prácticas de alimentación sana. El análisis estadístico mediante la prueba de Wilcoxon reveló una diferencia significativa en relación a los niveles de sobrepeso y obesidad antes y después de la intervención ($Z=-2.20$, $p<0.05$ $Z = -2.20$, $p < 0.05$ $Z=-2.20$, $p<0.05$). Estos resultados confirman que el programa educativo fue efectivo en reducir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en los niños y que la educación dirigida a los padres tiene un impacto positivo en la modificación de hábitos familiares, lo que resalta la importancia de implementar programas similares en otras poblaciones.

Palabras clave: obesidad infantil, prevención, nutrición, programa educativo.

Summary

The present study evaluated the impact of an educational program for children with obesity, aimed at improving the nutritional status of the children and also enhancing parents' understanding and practices on healthy eating. The study, conducted at a Caja

del Seguro Social facility in Santiago, Province of Veraguas, Republic of Panama, included children between 0 and 9 years of age. The methodology used was a quasi-experimental design with pre- and post-intervention evaluation. The results showed a significant improvement in the children's nutritional status, with parents' understanding of proper nutrition increasing from 27% to 82% and healthy eating practices rising from 30% to 75%. Statistical analysis using the Wilcoxon test revealed a significant difference related to the levels of overweight and obesity before and after the intervention ($Z=-2.20$, $p<0.05$). These findings confirm that the educational program was effective in reducing the prevalence of obesity and overweight in children and that parents' education has a positive impact on modifying family habits, which highlights the importance of implementing similar programs in other populations.

Keywords: childhood obesity, prevention, nutrition, educational program.

RESUMO

O presente estudo avaliou o impacto de um programa educativo para crianças com obesidade, cujo objetivo foi melhorar o estado nutricional das crianças e também aumentar o conhecimento e as práticas dos pais sobre alimentação saudável. O estudo foi realizado em uma instalação da Caixa de Segurança Social em Santiago, província de Veraguas, República do Panamá, e incluiu crianças entre 0 e 9 anos. A metodologia utilizada foi um delineamento quase-experimental com avaliação pré e pós-intervenção. Os resultados mostraram uma melhoria significativa do estado nutricional das crianças e um aumento do conhecimento dos pais sobre a nutrição adequada dos seus filhos, evidenciando um aumento de 27% para 82% em termos de conhecimento e de 30% para 75% nas práticas alimentares saudáveis. A análise estatística por meio do teste de Wilcoxon revelou diferença significativa nos níveis de sobrepeso e obesidade antes e após a intervenção ($Z=-2,20$, $p<0,05$). Esses resultados confirmam que o programa educativo foi eficaz na redução da prevalência de obesidade e sobrepeso em crianças e que a educação voltada para os pais tem impacto positivo na modificação dos hábitos familiares, o que destaca a importância da implementação de programas semelhantes em outras populações.

Palavras-chave: obesidade infantil, prevenção, nutrição, programa educativo.

Introducción

La obesidad infantil se ha convertido en un problema de salud pública de creciente preocupación a nivel global. La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2011), define la obesidad como una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación anormal o excesiva de grasa, determinada según el índice de masa corporal. Según Dominguez, et al., (2008) En Latinoamérica, existe una tendencia hacia el sobrepeso y la obesidad en la población infantil, lo que lo convierte en un obstáculo en la salud pública. Por otra parte, un estudio realizado por Saavedra y Dattilo en (2012) en los Estados Unidos señaló que,

una muestra grande de niños nacidos en el 2001, a los nueve meses de edad, aproximadamente un tercio, ya tenían sobrepeso u obesidad.

El impacto de este fenómeno en el contexto médico se asocia con múltiples riesgos a corto y largo plazo, incluyendo enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, trastornos cardiovasculares, hipertensión, colecistitis y colelitiasis. Desde el punto de vista psicológico, la obesidad infantil influye negativamente en el desarrollo psicosocial del niño (Chueca, et al., 2002). La obesidad materna es uno de los principales factores de riesgo para que un niño desarrolle obesidad. Los niños nacidos de madres con diabetes gestacional o sobrepeso producen una mayor secreción de insulina en el feto, lo que contribuye a un mayor peso al nacer y a un mayor riesgo de obesidad y trastornos metabólicos en la vida adulta (Rusanova, 2014). Evaluaciones realizadas en Panamá y otros países de la región han reportado una prevalencia de sobrepeso en escolares que oscila entre el 20% y el 40% (Rios, 2020). Estos trastornos nutricionales son frecuentes en la edad escolar, debido a que este periodo es una etapa de vida en la que se establecen estilos de vida, patrones y hábitos que establecen el comportamiento alimentario en la vida adulta (Vinueza, et al., 2022).

En este contexto, la prevención temprana, particularmente mediante la intervención en los entornos familiares y escolares, se considera una estrategia clave para mitigar este problema de salud pública. Investigaciones han comprobado que las madres tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta en relación con la alimentación (Dominguez, et al., 2008). Por lo que, la educación no solo de las madres sino del entorno en general del niño se erige como un pilar fundamental en la prevención, debido a que estos tienen una influencia directa y significativa en los hábitos alimenticios y en la actividad física de los niños, modelando sus comportamientos desde una edad temprana.

Es crucial, por tanto, actuar de manera proactiva, concientizando y educando a los padres sobre la importancia de la educación nutricional desde las primeras etapas de la vida, fomentando así en los niños un aprendizaje sobre alimentación saludable y estilos de vida activos (Chueca, et al., 2002). Un estudio publicado por la Revista Andaluza de Medicina del Deporte por (Silva, et al., 2013) sometió a prueba la efectividad de programas de intervención familiar basados en actividad física y control dietético, arrojaron resultados eficaces en la pérdida de peso y en la reducción del Índice de Masa

Muscula (IMC) de niños y adolescentes con sobrepeso/obesidad. Estudios como “*Obeldicks*” (Reinehr, et al., 2006) logró una reducción significativa del exceso de peso en niños, con efectos que se mantuvieron hasta tres años después de finalizado el programa. Asimismo, el estudio “*Mi Piace Piacermi*” (Vignolo, et al., 2007), observó una mayor participación de la familia en actividades saludables, un aumento en el consumo de frutas y vegetales, y mejoras sostenidas en el IMC después de cinco años.

Metodología

Este estudio en su desarrollo empleó un diseño cuasiexperimental con evaluación pre y post intervención del programa educativo. Este diseño permitió medir el impacto en las variables dependientes (estado nutricional y nivel de conocimiento) de manera directa, aunque no se incluyó un grupo control, el diseño fue adecuado para el contexto de la población infantil en estudio, donde las características éticas y logísticas limitan la implementación de grupos aleatorizados.

Igualmente, este programa es especialmente útil con la finalidad de que los resultados lleven a la creación de políticas y estrategias replicables. La combinación de mediciones pre y post intervención, junto con análisis estadísticos robustos garantizan la validez de los hallazgos presentados.

Las mediciones que se realizaron pre y post intervención nos permitieron observar los cambios en el índice de masa corporal (IMC) como el conocimiento de los padres tras la implementación del programa y evaluar el impacto del presente programa educativo. La naturaleza del diseño permitió medir el efecto de la intervención al comparar los hábitos alimenticios de los niños y ampliar el conocimiento nutricional de los padres, ofreciendo evidencia de causalidad entre la intervención educativa y los resultados observados.

La población objetivo del estudio incluyó a ocho (8) infantes diagnosticados con obesidad infantil. Es fundamental destacar que se amplía y ajustan los criterios de inclusión del estudio ya que la norma establece un grupo poblacional de 0 a 9 años, pero se toma en cuenta los grupos etarios para reflejar las diferencias específicas en el crecimiento y desarrollo infantil, lo que se logrará dividiendo la población en tres grupos definidos de la siguiente manera: menores de 1 año, menores de 5 años y niños en edad escolar (6-9 años). Estas etapas tienen cada una una característica singular en términos de los

requerimientos nutricionales, en los patrones de desarrollo físico y metabólico, y la susceptibilidad al sobrepeso y la obesidad.

Para cada etapa, se deben establecer indicadores específicos de evaluación, como percentiles de crecimiento, evaluaciones en las variaciones del índice de masa corporal (IMC), y patrones de alimentación y actividad física adaptados.

Se incluyeron para el estudio niños de 0 a 9 años clasificados como obesos o con sobrepeso, según los percentiles de índice de masa corporal (IMC) establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los padres o cuidadores debían asistir al menos al 80% de las sesiones educativas y firmar un consentimiento informado. Los niños seleccionados son los que asisten con sus padres a consulta de enfermería pediátrica en la policlínica Horacio Díaz Gómez.

La muestra estuvo compuesta por 8 niños evaluados, 4 presentaban obesidad y 4 sobrepeso.

La intervención se estructuró para una duración de 5 semanas divididas en 5 sesiones educativas de 4 horas cada una de las sesiones, impartidas a los padres y cuidadores, seguida de una evaluación post intervención al finalizar la quinta semana para medir los resultados del programa educativo.

Para evaluar el impacto del programa se utilizaron varios instrumentos de recolección de datos, dentro de ellos el cuestionario de conocimiento sobre alimentación y actividad física, aplicados antes y después de la intervención. El cuestionario de evaluación del conocimiento se validó mediante juicio de expertos en enfermería, pediatría y pedagogía, alcanzando un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.82, indicando una alta consistencia interna del instrumento.

El primer paso consistió en obtener los estadísticos descriptivos (porcentajes) de la muestra con respecto al problema principal identificado, la obesidad en niños de 0 a 9 años. Luego los indicadores clave utilizados para evaluar el éxito del proyecto, como el número de reuniones de sensibilización, guías metodológicas impresas, y el número de niños evaluados. La intervención tuvo una duración de 20 horas para lograr influir en el nivel de conocimiento de los padres sobre nutrición infantil.

El cuestionario de evaluación del conocimiento de los padres incluyó preguntas sobre alimentación saludable, la importancia de la actividad física en la prevención de la

obesidad y los conocimientos de las causas y consecuencias de la obesidad infantil. Se planteó la hipótesis de investigación de si existen diferencias significativas en los niveles de sobrepeso y obesidad después de la intervención educativa.

Se empleó una prueba de Wilcoxon dado el pequeño tamaño de la muestra esto permitió comparar los datos pre y post intervención, determinando si las diferencias observadas eran estadísticamente significativas. Además, los datos se analizaron mediante estadísticas descriptivas para resumir las características demográficas y los cambios en el estado nutricional. Posteriormente, se utilizó la prueba de Wilcoxon para evaluar la significancia de los cambios en los niveles de sobrepeso y obesidad pre y post intervención.

El nivel de conocimiento de los padres se evaluó mediante un cuestionario estructurado aplicado en las fases pre y post intervención. Este instrumento, validado por expertos igualmente, midió la comprensión de temas clave relacionados con la alimentación saludable, la actividad física y la prevención de obesidad infantil. Los puntajes que se obtuvieron se compararon utilizando la prueba estadística de Wilcoxon para muestras relacionadas, lo que permitió determinar la significancia estadística con respecto a los cambios en el conocimiento. Además, de calcular el porcentaje de mejora promedio, lo que ofrece una perspectiva cuantitativa del impacto educativo del programa.

Durante las sesiones educativas, descrita en los modelos presentados en la **tabla 1**, los participantes recibieron formación teórica y práctica. Al finalizar las 5 semanas de intervención, se repitieron los cuestionarios de conocimiento para verificar el impacto de la intervención.

Las variables de interés incluyeron el conocimiento de los padres o cuidadores sobre prácticas saludables. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, y los cambios en los hábitos alimenticios y de actividad física, es otra variable de interés medida en este estudio utilizando como instrumento las medidas del IMC de los niños en estudio.

Además, se realizaron análisis de frecuencia y porcentaje para evaluar la asistencia a las sesiones educativas y la participación en las actividades programadas.

Tabla 1

Estructura Curricular

MÓDULOS/CATEGORÍAS DE LAS HABILIDADES	ÁREAS ESPECÍFICAS DE CONTENIDO	CONTENIDO EDUCATIVO E INFORMATIVO
<p>Módulo 1.</p> <p><i>Habilidades cognitivas. Sociales, afectivas</i> Taller: Amando la familia a través del aprendizaje</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generalidades del curso 2. La Familia como base del desarrollo integral del niño 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al curso • Convivencia familiar • La comunicación efectiva y asertiva
<p>Módulo 2</p> <p><i>Habilidades sociales, cognitivas</i> Taller: Aprendamos a alimentarnos y a estar con salud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Necesidad básica de los seres humanos. 2. La alimentación como un hecho social. 3. Los alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • La nutrición de los seres humanos • Composición básica de los alimentos. • La cultura alimentaria • Cambios y clasificación de los alimentos
<p>Módulo 3.</p> <p><i>Habilidades cognitivas.</i> Taller: Vida saludable, un desarrollo integral.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación y salud. 2. Enfermedades relacionadas con la nutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funciones biológicas de los alimentos • El plato de la alimentación • Prácticas claves de alimentación. • Enfermedad por exceso. Obesidad. • Enfermedad por déficit. Desnutrición.
<p>Módulo 4</p> <p><i>Habilidades cognitivas</i> Taller: Construyendo un futuro saludable</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las necesidades nutricionales durante el curso de vida. 2. Actividad Física como estilo de vida saludable 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación en el primer año de vida • Alimentación en la etapa preescolar • Alimentación en la etapa escolar • Actividad física. • Práctica clave saludable
<p>Módulo 5</p> <p><i>Habilidades cognitivas, sociales</i> Taller: Somos los guardianes de la salud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad Alimentaria 2. Comprar, preparar y conservar los alimentos 3. Plan de Alimentación Saludable 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores que influyen en la seguridad alimentaria. • La alimentación, un derecho universal • Conservación y almacenamiento de los alimentos • Higiene en la alimentación.

		<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del plan de alimentación saludable
--	--	---

Nota. Elaborado por el autor.

Resultados

Los resultados obtenidos tras la implementación del programa educativo para la prevención de la obesidad infantil en niños de 0 a 9 años. Se observaron cambios significativos en los niveles de conocimiento de los padres sobre nutrición, así como una disminución en los indicadores de sobrepeso y obesidad en los niños.

Tabla 2

Conocimientos de los Padres Antes y Después del Programa Educativo

Aspectos Evaluados	Conocimiento Inicial (%)	Conocimiento Final (%)	Incremento (%)
Alimentación Saludable	30	75%	+45
Importancia de la Actividad Física	40	80%	+40
Prevención de la Obesidad	27	82%	+55

Nota. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. El análisis refleja que el Conocimiento sobre alimentación: $Z=-2.52$, $p=0.01$ $Z = -2.52$, $p = 0.01$ $Z=-2.52$, $p=0.01$. Conocimiento sobre actividad física: $Z=-2.31$, $p=0.02$ $Z = -2.31$, $p = 0.02$ $Z=-2.31$, $p=0.02$.

Prevención de la obesidad infantil: $Z=-2.76$, $p=0.006$ $Z = -2.76$, $p = 0.006$ $Z=-2.76$, $p=0.006$

Se observó un incremento significativo en el conocimiento de los padres sobre alimentación saludable, actividad física y prevención de la obesidad, lo que sugiere que las sesiones educativas fueron efectivas en lograr un cambio en la comprensión de estos temas clave.

Tabla 3

Nivel de Conocimientos de los Padres Antes y Después del Programa Educativo

Participante	Puntuación Preintervención	Puntuación Postintervención	Mejora (%)
1	4	7	75
2	5	8	60
3	6	9	50
4	4	8	100
5	5	7	40
6	6	9	50
7	5	8	60
8	4	7	75

Nota. El análisis estadístico realizado mediante la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas indica que la diferencia en las puntuaciones de conocimiento antes y después de la intervención es estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Esto sugiere que el programa educativo tuvo un impacto positivo en el nivel de conocimiento de los cuidadores.

En términos de mejora promedio, los participantes aumentaron sus puntuaciones en un **63.75%**, lo que refleja un cambio sustancial en su comprensión de temas relacionados con la alimentación saludable, la actividad física y la prevención de la obesidad infantil.

Tabla 4

Cantidad de Sesiones Educativas realizadas a los Padres

Dimensiones	Total, Programado	Total, Realizado	Porcentaje Cumplido (%)
Número de sesiones educativas	5	5	100
Duración de cada sesión (horas)	4	4	100
Total, horas de docencia	20	20	100

Nota. Se completaron todas las sesiones educativas planeadas, lo que indica una adecuada planificación y ejecución del programa educativo dirigido a los padres.

Tabla 5

Asistencia de los Padres a las Sesiones Educativas

Sesión	Número de Padres Convocados	Número de Padres Asistentes	Porcentaje de Asistencia (%)
Sesión 1	8	7	93.3
Sesión 2	8	7	90
Sesión 3	8	7	96.6
Sesión 4	8	8	100
Sesión 5	8	8	100
Promedio	8	7	96

La asistencia de los padres a las sesiones educativas fue alta, con un promedio de asistencia del 96%. Esto refleja el compromiso de los padres con el programa y su interés en mejorar la salud de sus hijos.

Tabla 6

Impacto del Proyecto sobre la Participación de los Padres

Indicadores	Total, Esperado	Total, Alcanzado	Porcentaje (%)
<i>Padres capacitados</i>	8	8	100
<i>Guías metodológicas distribuidas</i>	8	8	100
<i>Evaluaciones nutricionales completadas</i>	8	8	100

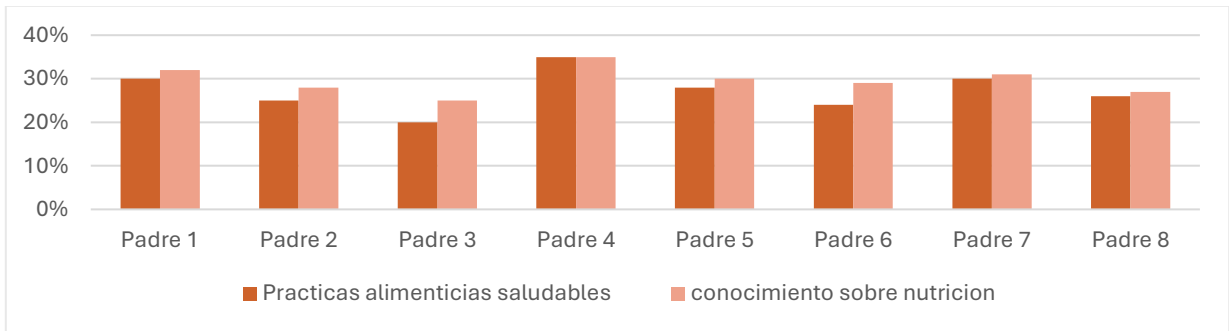
Todos los padres convocados participaron y completaron las sesiones educativas y recibieron la guía metodológica. Además, todos los niños fueron evaluados según su estado nutricional, cumpliendo los objetivos establecidos en el proyecto.

En la evaluación inicial (fase 1: Pretest)

Los resultados mostraron un bajo nivel de conocimiento sobre nutrición, con un promedio general de solo 27%, como se muestra en la figura 1. Los puntajes individuales variaron de un 20% hasta un 35%, indicando que todos los participantes tenían un conocimiento limitado sobre el tema.

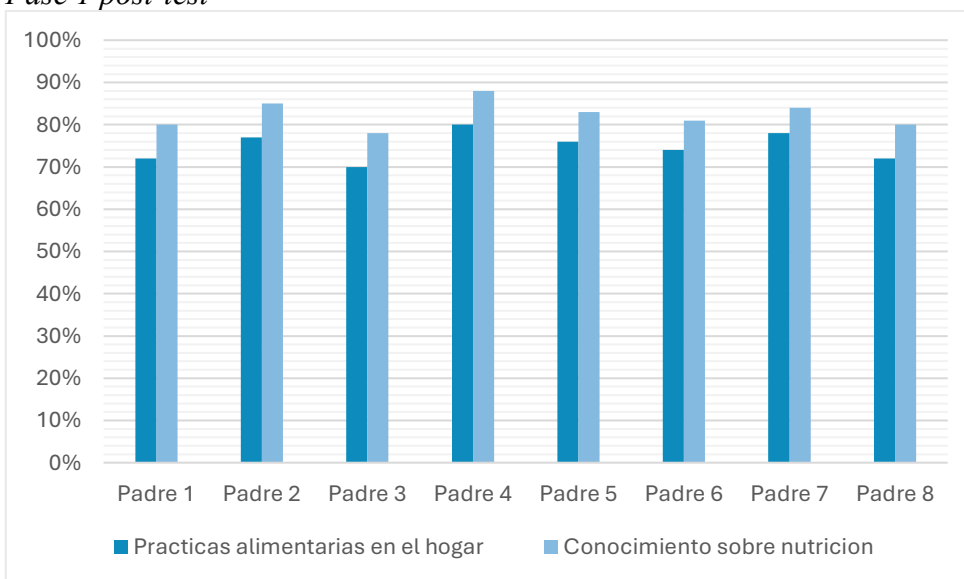
Figura 1

Fase 1 pre-test



Esta grafica muestra los resultados de la fase 1, donde los valores promedios de los padres fueron de 27% para el conocimiento de nutrición y 30% en las practicas alimenticias saludables.

Figura 2
Fase 1 post-test



La gráfica ilustra los resultados de la fase 2, donde los valores promedios de los padres fueron de 82% para el conocimiento de nutrición y 75% en las practicas alimenticias saludables.

Después de la intervención (Fase 2: Postest), se observó un aumento significativo en el conocimiento y prácticas alimenticias de los padres, alcanzando un promedio general superior, como se ilustra en la figura 2. Los puntajes individuales mostraron mejoras considerables lo que surge de que el seminario y las sesiones practicas tuvieron un impacto positivo en los padres.

Tabla 7*Resultados del Proyecto según dimensiones, indicadores*

Dimensiones Evaluadas	Indicadores	Resultados Esperados	Resultados Obtenidos
Sensibilización institucional	Número de reuniones de sensibilización	2 reuniones realizadas	3 reuniones realizadas
	Proyecto avalado	Proyecto aprobado	Proyecto avalado oficialmente
Guía metodológica	Número de guías impresas	8 guías impresas	8 guías impresas
	Participantes en la validación de la guía	8 participantes	8 participantes en taller de validación
Banner educativo	Número de banners validados y expuestos	1 banner validado	1 banner expuesto
	Participantes en la validación del banner	5 participantes	8 participantes
Capacitación de padres y cuidadores	Número de sesiones educativas	5 sesiones completadas	5 sesiones completadas
	Número de participantes capacitados	8 padres y cuidadores	8 padres y cuidadores capacitados
Evaluación nutricional de niños	Número de evaluaciones realizadas	8 niños evaluados	8 niños evaluados
	Reducción de prevalencia de sobrepeso	Reducción de 50%	Reducción de 12.5%
	Reducción de prevalencia de obesidad	Reducción de 50%	Reducción de 12.5%

Los resultados esperados del proyecto apuntan a una mejora significativa en la salud nutricional de los niños de 0 a 9 años mediante la implementación de un programa educativo dirigido a padres y cuidadores. Los indicadores demuestran que el impacto sobre las autoridades respalde el proyecto. Los padres capacitados en prácticas saludables en sus hogares, Todo esto proporcionan datos claros que validan la efectividad del programa en la reducción de la obesidad infantil.

Impacto del programa educativo

Para evaluar el impacto del programa educativo sobre la obesidad infantil y el sobrepeso en los 8 niños participantes, se utilizó una prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas debido al tamaño de la muestra. Se evaluó el estado nutricional por medio del IMC, pre y post intervención. Siendo la hipótesis nula: no existe una diferencia significativa entre los valores del IMC antes y después de la intervención lo que da como resultado el rechazo de la hipótesis nula. Se realizó una prueba de Wilcoxon para comparar los niveles pre y post intervención de sobrepeso y obesidad.

Tabla 8

Impacto del Proyecto en la Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en Niños de 0 a 9 Años

<i>Estado Nutricional</i>	<i>Preintervención</i>	<i>Postintervención</i>	<i>Cambio</i>
<i>Obesidad</i>	4	3	-1 niño
<i>Sobrepeso</i>	4	4	-1 niño
<i>Peso normal</i>	0	1	+1 niño

El análisis estadístico demuestra una diferencia significativa en cuanto la reducción de la obesidad y el sobrepeso ($Z=-2.20, p<0.05$ $Z = -2.20, p < 0.05$ $Z=-2.20, p<0.05$).

Un niño recuperó un peso normal y otro pasó de obesidad a sobrepeso, lo que indica que el programa fue efectivo en mejorar el estado nutricional de los niños participantes. El valor p (< 0.05) confirma que estos cambios son resultado directo de la intervención, los datos pre y post intervención, un valor $p<0.05$ $p < 0.05$ $p<0.05$ indica que la distribución de los rangos de los datos no es igual entre los grupos. Esto sugiere que los valores medidos (por ejemplo, el IMC cambiaron significativamente tras la intervención).

Tabla 9

Promedio de IMC en niños de 0- 9 años, Antes y Después de la Intervención

Participante	IMC Pre-Intervención	IMC Post Intervención	Reducción (%)
Niño 1	25.5	24.8	2.75%
Niño 2	26.8	25.9	3.36%
Niño 3	27.2	26.5	2.57%
Niño 4	30.1	28.7	4.65%
Niño 5	24.9	24.1	3.21%
Niño 6	25.7	25.2	1.95%
Niño 7	29.5	27.9	5.42%
Niño 8	26.3	25.8	1.90%

El análisis estadístico mediante la prueba t para muestras relacionadas muestra que la diferencia en los valores de IMC antes y después de la intervención es estadísticamente

significativa ($p < 0.05$). Esto sugiere que el programa educativo tuvo un impacto positivo en la reducción del IMC de los niños participantes.

El promedio de reducción del IMC fue del **3.22%**, lo que indica una mejora consistente en el estado nutricional de los niños. Este resultado refuerza la hipótesis de que intervenciones educativas dirigidas a los padres pueden contribuir a prevenir la obesidad infantil.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan que las prácticas saludables en la alimentación y la actividad física, para prevenir la obesidad en la población infantil. Estos hallazgos presentados son coherentes con la literatura científica revisada, lo que resalta la importancia del conocimiento que tengan los padres y los cuidadores. El enfoque utilizado para el desarrollo del estudio logró el efecto de aumentar el conocimiento que tenían los padres hasta aproximadamente un 55% en temas como la prevención de la obesidad, lo que llevo a confirmar la eficacia y el impacto de la educación andragógica participativa en la prevención y la disminución del problema en los niños.

Los cambios observados en los indicadores de sobrepeso y de obesidad evaluados por IMC, tuvieron una reducción promedio de 3.22 %, lo que reflejan el éxito del programa a corto plazo. El análisis estadístico mediante la prueba t para muestras relacionadas muestra que la diferencia en los valores de IMC antes y después de la intervención es estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Esto sugiere que el programa educativo tuvo un impacto positivo en la reducción del IMC de los niños participantes.

De la misma forma, la investigación de Anderson en (2011) sobre los beneficios de los programas educativos para mejorar los hábitos alimentarios en niños pequeños refuerza los hallazgos obtenidos en este estudio. Anderson subraya que la participación activa de los cuidadores es esencial para generar cambios conductuales sostenibles. Lo que se expone en este estudio es que el cambio en el estado nutricional de los niños fue significativo, con una reducción del 12.5% en el sobrepeso y del 12.5% en la obesidad, reflejando una mejora en la implementación del programa.

El Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia presentado por la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014) establece que uno de los factores más importantes para la prevención de la obesidad es la educación nutricional temprana dirigida a los cuidadores. En el presente estudio, se obtiene que los resultados indican un aumento significativo del conocimiento que tienen los padres sobre alimentación saludable de (+45%) y de prevención de la obesidad infantil en (+55%) tras la intervención, confirmando lo que señala el Plan de Acción en cuanto a lo que se refiere a efectividad de las intervenciones educativas a padres de familia o cuidadores.

Este estudio refuerza una estrecha relación con la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano, la cual señala que la familia es el núcleo o centro de los cambios en la salud infantil. La importante asistencia y participación de los cuidadores o padres de un 96% en las sesiones educativas resalta la eficacia del formato pedagógico, abriendo nuevas preguntas sobre los factores más efectivos del uso de esta metodología andragógica, demostrando además el interés de los padres en asistir a estas sesiones.

Por otra parte, la información de la Declaración de Antigua Guatemala en (2011) puntualiza la necesidad de establecer medios que promuevan cambios en la conducta de las familias mediante educación y regulación de alimentos procesados. Este trabajo, que incluyó una evaluación de la efectividad de las sesiones educativas y de la participación de los padres, demostró que el formato andragógico participativo fue efectivo para comprometer a los padres con la prevención de la obesidad infantil, con un 96% ya mencionado con la asistencia a las sesiones educativas programadas.

Se confirma que un programa educativo centrado en el entorno familiar puede reducir la prevalencia de la obesidad infantil y mejorar el conocimiento de los cuidadores. Además, demuestra que esta intervención de bajo costo es escalable y replicable, lo que ofrece una herramienta útil para diseñar políticas públicas de salud dirigidas a la atención de la infancia. Los resultados obtenidos informan que las intervenciones educativas no solo tienen impacto directo en el conocimiento de los padres, sino que también en los comportamientos de los familiares, estos comportamientos relacionados con el tema de salud, tal como lo reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su guía sobre promoción de alimentos saludables en niños.

Conclusiones

La Organización mundial de la salud en (2012) en su régimen alimentario, enfatizan que la actividad física en el fomento de la salud son medidas necesarias y que deben apoyar una alimentación saludable y actividad física periódica con el fin de combatir las incidencias de obesidad infantil.

Para fortalecer la salud y el estado nutricional de los menores de 0 a 9 años , tomando en cuenta los grupos etarios dividiendo la población en tres grupos definidos de la siguiente manera: menores de 1 año, menores de 5 años y niños en edad escolar (6-9 años) que acuden a la Policlínica Horacio Diaz Gómez con obesidad en este programa y se destaca la importancia de la educación familiar en la lucha contra la obesidad infantil y sugiere que programas e intervenciones educativas son las herramientas efectivas en la reducción de la prevalencia de esta condición en la población infantil.

El desarrollo de este programa logró su objetivo principal lo cual era mejorar el conocimiento de los padres sobre la alimentación saludable infantil y promover la práctica. Aunque la hipótesis de investigación principal se centra en los cambios del estado nutricional de los niños, el conocimiento de los padres es una variable de la intervención que nos permite explicar cómo y por qué se producen estos cambios. En síntesis, esto nos explica que, si los padres adquieren más conocimiento, esto puede influir en sus decisiones alimenticias y, por ende, en el estado nutricional de los niños. Esto esta directamente relacionado con el fin del proyecto que también subraya la importancia de la participación y el compromiso de los cuidadores, ya que la sostenibilidad de los resultados a largo plazo dependerá de su implicación activa.

Al implementar este plan se logró que la adopción de hábitos saludables no solo benefició a los niños, sino que también fomentó un entorno familiar más consciente y proactivo respecto a la salud. Sin embargo, la variabilidad en la participación de los padres y la necesidad de un seguimiento continuo revelan que mantener estos resultados a largo plazo requerirá un apoyo constante por parte de las instituciones de salud y educación. Este apoyo es crucial para conservar el impulso generado y garantizar que las prácticas saludables se integren de manera permanente en la vida cotidiana de las familias involucradas.

Al evaluar los resultados podemos puntualizar que el proyecto y la intervención se tradujeron en cambios positivos en las prácticas cotidianas del hogar. La evidencia sugiere que la educación familiar, cuando se diseña de manera adecuada y se ajusta a las

necesidades específicas de los participantes, puede generar mejoras tangibles en el estado nutricional de los niños, mitigando así los riesgos asociados con la obesidad tanto a corto como a largo plazo.

Consideraciones Bioéticas

El estudio fue revisado y aprobado por la entidad de docencia y de investigación de la Caja de Seguro Social, esta institución en ese periodo tenía la responsabilidad de supervisar y garantizar que todos los proyectos educativos y de salud presentados se alinearan con los principios bioéticos fundamentales.

El estudio fue diseñado siguiendo los principios éticos fundamentales que establece la Declaración de Helsinki, considerando que todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio, los procedimientos y voluntariedad del estudio, firmando su consentimiento informado antes de participar y se garantizó la protección de los datos personales y los resultados individuales de cada participante.

Este proceso de revisión y de supervisión aseguró que todo el trabajo de la investigación cumpliera con los estándares de calidad científica, así como con el respeto a los derechos de los participantes, incluyendo la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria.

Referencias

- Chueca, M., Azcona, C., y Oyarzábal, M. (2002). Obesidad infantil Childhood obesity. In *Anales Sis San Navarra* (Vol. 25, No. Suplemento 1).
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., y Santos, J. L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 58(3), 249-255.

- Dubois, L., y Girard, M. (2006). Determinantes tempranos del sobrepeso a los 4,5 años en un estudio longitudinal poblacional. *Revista internacional de obesidad*, 30(4), 610-617.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Resumen Informe mundial sobre Obesidad*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS); Datos sobre la obesidad, 2012; Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en>
- Organización Mundial de la Salud (OMS); Datos sobre la obesidad, 2012; Obtenido de core.ac: <https://core.ac.uk/download/pdf/10851044.pdf>
- Reinehr, T., Kersting, M., Schaefer, A., Dobe, M., de Sousa, G., Hoffmann, D., ... y Andler, W. (2006). Evaluación a largo plazo más de 5 años después de la finalización del entrenamiento en obesidad "Obeldicks". *Medicina Nutricional Actual*, 31(05), V31.
- Ríos Castillo, I. (2020). Programa de intervención de Educación Alimentaria Nutricional (EAN) contra el sobrepeso y la obesidad en escolares de primaria de Panamá desde la perspectiva de políticas públicas de nutrición.
- Rusanova, I. R. (2014). Obesidad infantil y posibles factores implicados en su aparición. *Revista Redes*, 1(6), 12-19.
- Saavedra, J. M., y Dattilo, A. M. (2012). Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 379-385.
- Silva, D. R., Martín-Matillas, M., Carbonell-Baeza, A., Aparicio, V. A., y Delgado-Fernández, M. (2014). Efectos de los programas de intervención enfocados al tratamiento del sobrepeso/obesidad infantil y adolescente. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 7(1), 33-43.
- Vignolo, M., Rossi, F., Bardazza, G., Pistorio, A., Parodi, A., Spigno, S., ... y Aicardi, G. (2008). Five-year follow-up of a cognitive-behavioural lifestyle multidisciplinary programme for childhood obesity outpatient treatment. *European journal of clinical nutrition*, 62(9), 1047-1057.

Vinueza, V. E. P., Tisalema, H., Gavilánez, R. I. A., Cunalata, E. I. J., Carrión, A. A. M., y Aguilar, A. D. S. (2022). Obesidad infantil y métodos de intervención. *Dominio de las Ciencias*, 8(1), 14.

**SENSIBILIZACIÓN EN ESCUCHA EMPÁTICA, ABORDAJE
EMOCIONAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA**

**AWARENESS ON EMPATHIC LISTENING, EMOTIONAL APPROACH TO
PEOPLE WITH CANCER DISEASE**

**SENSIBILIZAÇÃO NA ESCUTA EMPÁTICA, ABORDAGEM EMOCIONAL
ÀS PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA**

Elvis E. Rivera T.

Unidad de Cuidados Paliativos.
Instituto Oncológico Nacional. Panamá.

kallex1105.er@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-8964-269X>

Recibido: 5 de septiembre 2024

Aprobado: 9 diciembre 2024

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v35n31.a6702>

Resumen

Introducción: En la disciplina de enfermería, la competencia blanda “escuchar” empáticamente, permite un abordaje emocional individualizado, favoreciendo a la relación enfermera-paciente. **Metodología:** la veracidad de este proyecto de intervención es con la implementación de un Programa Psicoeducativo para la escucha empática, el mismo aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá, el muestreo es por conveniencia a 6 enfermeras generalistas, recién nombradas. **Resultados:** Se aplica un Pre y Post test donde se valoran conocimientos para establecer relación de ayuda factibles y favorables, para conectar con la persona en su necesidad emocional, ofreciendo soluciones a sus interrogantes. La muestra 100% (n=6) animan a la otra persona a expresar sus sentimientos y emociones, prestan atención al lenguaje verbal y no verbal durante la conversación, 83% no recriminan, no cuestionan, no quitan la razón al otro, 17% lo realiza. Las Enfermeras involucradas en el programa señalaron que seguirán trabajando para reforzar autoconfianza, seguridad y autoestima, para reforzar las relaciones de convivencias factibles en la relación de ayuda. **Discusión:** : las herramientas ofrecidas para el desarrollo de habilidades en la escucha empática, refuerza el aprendizaje y modificación cognitiva, mejorando el dialogo; utilizando las técnicas de comunicación, para “saber qué decir, qué hacer”. En este proyecto de intervención los profesionales de enfermería animan a expresar sus sentimientos y emociones, abren ventanas para establecer comunicación abierta y muestra interés real por la persona frente a ella. **Conclusión:** el programa psicoeducativo ejecutado favorece al cuidado emocional humanizado, a través de una actitud sensible en la práctica efectiva, lo que permite establecer una conexión con la persona, para un mejor desarrollo del proceso en la calidad asistencial.

Palabras claves: empatía, escucha empática, Competencias blandas, actitud, relación enferma-paciente.

Summary

Introduction: In nursing, the soft skill “empathic listening”, enables an individualized emotional approach, enhancing the nurse-patient relationship. **Methodology:** the intervention project implemented a Psychoeducational Program for empathic listening approved by the Bioethics Committee at Universidad de Panama. A convenience sample of 6 recently appointed nurses was used. **Results:** A pre-and post-test was applied to assess the nurses’ ability to establish a feasible and favorable helping relationship, connect with patients’ emotional needs, and offer solutions to their concerns. 100% of the participants (n=6) encouraged patients to express their feelings and emotions and paid attention to verbal and non-verbal cues during the conversation. 83% of the sampling refrained from recriminating, questioning, or contradicting patients while 17% did not. The nurses involved in the program stated their commitment to reinforcing self-confidence, security, and self-esteem, to foster feasible coexistence in the helping relationship. **Discussion:** the tools offered to develop empathic listening skills, reinforce learning, cognitive modification, and effective communication techniques, to “know what to say, what to do”. In this intervention project, the nurses encouraged patients to express their feelings and emotions, to establish open communication, and to show genuine interest in the patient. **Conclusion:** the psychoeducational program promotes humanized emotional care, through a sensitive attitude in effective practice. It strengthens the nurse-patient connection, for a better development of the process in the quality of care.

Keywords: empathy, empathic listening, soft skills, attitude, patient-patient relationship.

Resumo

Introdução: Na disciplina de enfermagem, a soft skill "ouvir" de forma empática permite uma abordagem emocional individualizada, favorecendo a relação enfermeiro-paciente.

Metodologia: A veracidade deste projeto de intervenção é com a implementação de um Programa Psicoeducativo de escuta empática, o mesmo aprovado pelo Comitê de Bioética da Universidade de Panamá, a amostragem é por conveniência para 6 enfermeiros generalistas, recém contratados. **Resultados:** É aplicado um pré e pós-teste onde o conhecimento é avaliado para estabelecer uma relação de ajuda viável e favorável, para se conectar com a pessoa em sua necessidade emocional, oferecendo soluções para suas dúvidas. O 100% da amostra (n=6) incentiva a outra pessoa a expressar seus sentimentos e emoções, presta atenção à linguagem verbal e não verbal durante a conversa, 83% não recriminam, não questionam, não discordam do outro, 17% o fazem. Os enfermeiros envolvidos no programa indicaram que continuarão trabalhando para fortalecer a autoconfiança, a segurança e a autoestima, para reforçar as relações de convivência viável na relação de ajuda. **Discussão:** As ferramentas oferecidas para o desenvolvimento de habilidades na escuta empática, reforçam a aprendizagem e a modificação cognitiva, melhorando o diálogo; usando técnicas de comunicação, para "saber o que dizer, o que fazer". Neste projeto de intervenção, os profissionais de enfermagem os incentivam a expressar seus sentimentos e emoções, abrem janelas para estabelecer uma comunicação aberta e demonstram real interesse pela pessoa à sua frente.

Conclusão: O programa psicoeducativo implantado privilegia o cuidado emocional humanizado, por meio de uma atitude sensível na prática efetiva, que permite estabelecer um vínculo com a pessoa, para um melhor desenvolvimento do processo na qualidade do cuidado.

Palavras-chave: empatia, escuta empática, soft skills, atitude, relação enfermeiro-paciente.

INTRODUCCIÓN

En la disciplina de enfermería, la competencia blanda de “escucha empática” es la habilidad que permite un abordaje emocional individualizado. La enfermedad del cáncer desencadena múltiples reacciones negativas, abrumadoras y estresantes, el gran impacto que genera en la persona que lo padece y su entorno familiar hará que requieran del apoyo de un equipo multidisciplinario que incluye el profesional de enfermería. Es por ello, que Escobar, Zambrano, & Cevallos (2019) refieren que “el cáncer y su repercusión en la personalidad de quienes lo padecen, el cáncer en una gran cantidad de personas genera emociones negativas (temores, ansiedad, tristeza), la mayoría siempre reactivas como parte del propio proceso de adaptación a una nueva enfermedad, pero que requieren manejo y orientación para su canalización adecuada” (p.5).

La persona con enfermedad avanzada oncológica necesita de mucha asistencia psicológica para el manejo de las cargas emocionales; por lo que, la asistencia del profesional de enfermería puede contribuir aliviar los síntomas emocionales desequilibrados cuando existe la disponibilidad de escucharlos para ayudarles. En el 2010, Hernández en “El escuchar como elemento esencial en la psicoterapia” menciona que “la escucha como elemento esencial en la terapia implica algo más que una habilidad comunicativa del terapeuta es una disposición personal de éste para querer entender la vivencia del otro” (p. 134).

Las intervenciones del profesional de enfermería a persona con enfermedad oncológica es uno de los más difíciles en el ejercicio de la profesión, por lo que independientemente de su desempeño y competencia debe esmerarse en ofrecer calidad en la atención, aplicando principios bioéticos que se encuentran en el código de la misma disciplina, tal como se plantea en el (Código Deontológico de Enfermería Española, 2021) Capítulo III. Derechos de los enfermos y de los profesionales de enfermería, artículo 18:

Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse. (p.9)

En la valoración y evaluación de cada persona en situación de últimos días y/o enfermedad avanzada, florecen las necesidades más comunes de tipo físico, psicológico, espiritual y social que son propias del estado de vulnerabilidad que ocasiona su padecimiento. De acuerdo con Astudillo & Mendinueta (2005) en “Necesidades de los enfermos en el final de la vida” sugiere que “para conseguir el bienestar y ayudarlo a aceptar la enfermedad es preciso conocerlas bien, detectar sus prioridades, tratar de intervenir en todos los síntomas concretos, orgánicos, o psicosociales” (p.2).

En mi experiencia laboral, he viabilizado la necesidad emocional de comunicación, seguridad del paciente oncológico y su familia. El profesional de enfermería en su rol de atención debe aprender a ser buen oyente, practicando escucha empática, lograr el entendimiento de ideas, practicar la comunicación que permita intercambiar información precisa para aclarar diagnósticos y dudas, estableciendo una gran fidelidad en la transmisión y recepción de las ideas que contienen los mensajes transmitidos. En el 2005, Astudillo & Mendinueta en “Necesidades de los enfermos en el final de la vida” menciona que “la escucha activa, la capacidad de empatizar y la aceptación son herramientas muy eficaces de la comunicación que se pueden aprender por lo que requieren esfuerzo, comprensión y una buena dosis de concentración por parte del profesional, ya que este es quien decide qué es lo que le parece importante de lo que le dice el enfermo y qué es lo secundario o no relevante” (p. 2).

Este proyecto de intervención permite el desarrollo de habilidades para la escucha empática, en el cuidado de enfermería a través de herramientas básicas para el abordaje emocional, donde el enfermero(a) establecerá una atención de calidad teniendo presentes las necesidades emocionales del enfermo, garantizando el mantenimiento de una buena calidad de vida y un bienestar psicológico, con ausencia o alivio de problemas emocionales y la menor alteración posible en su vida personal, social y familiar.

La finalidad y novedad, implica un gran cambio en el significado de brindar cuidado en el abordaje de las emociones, a través del desarrollo de competencias a nivel cognitivo, explorando que sabe, que siente esa persona al cuidado. Por otro lado, mejora la actitud sensible en la práctica efectiva y continua de la escucha empática en la

humanización y desarrollo del proceso de calidad asistencial en el cuidado profesional del enfermero(a) en la sala de hospitalización. Tal como lo expresa Hernández, 2010. “El escuchar como elemento esencial en la psicoterapia “cuando afirma que:

El acto de escuchar siempre implica comprensión; por lo tanto, interpretación. Cuando atribuimos una interpretación a un sonido, pasamos del fenómeno del oír al fenómeno del escuchar. El prestar atención a lo que se oye implica, no sólo tomar en cuenta lo que se dice, sino también lo que no se dice, los silencios y los movimientos del cuerpo. Por lo tanto, cuando se escucha se realiza un proceso activo y complejo que va más allá de recibir información, procesarla y emitir una respuesta. Se busca comprender el significado de lo que para esa persona representa lo que está relatando. (p.134)

METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

Materiales y Métodos

El tipo de estudio consiste en un proyecto de intervención en donde se planificará, ejecutará y evaluará un programa psicoeducativo que permitirá el desarrollo de competencias de habilidades para la escucha empática en enfermeros(as) generalista, rotadores que ofrecen servicios profesionales en la sala de hospitalización de ginecología, medicina y cirugía, a personas con enfermedad oncológica avanzada. El tipo de muestreo utilizado es por conveniencia con el fin de cumplir con el objetivo propuesto.

Para cumplir con el objetivo del proyecto de intervención se implementa un programa psicoeducativo que ofrece capacitaciones teóricas (charlas y/o capsulas educativas y retroalimentación de la temática de interés), reforzados con talleres presenciales.

Para la revisión documental se realizaron búsquedas en las bases de datos Index de Enfermería, Lilacs, Redalyc y Google Scholar, Medline, SciElo, Cochrane; que luego planificamos con bases teóricas para el desarrollo de la propuesta, enfocado al punto de vista del impacto en la disciplina de enfermería y los beneficios tanto en el crecimiento personal como profesional, que luego se traduzca en calidad de vida en la atención del paciente. Por ser enfermeros rotadores en los servicios, las capacitaciones se realizan en el turno matutino, la evaluación práctica se hará en turno matutino como vespertino cuando estén en atención directa con el paciente.

Población y muestra a Intervenir:

La población que se someterá a la intervención son profesionales de enfermería generalistas nombrados en el último año 2018-2019 (N= 60), que ofrecen asistencia profesional a la persona con enfermedad oncológica. La población para la muestra es el 10%, es decir (n=6); se seleccionarán 2 enfermeros(as) generalista por sala de hospitalización, rotadores en el servicio (ginecología, medicina y cirugía) del Instituto Oncológico Nacional,

Para establecer la muestra del proyecto de intervención se requieren cumplir con algunos criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Enfermeros del Instituto Oncológico Nacional.
- Enfermeros generalistas recién nombrados 2018 a 2019.
- Experiencia laboral de menos de dos años en el servicio de oncología.
- Dar su consentimiento para participar en el proyecto.
- Enfermeros con turno rotativos.
- Enfermeros en servicios profesionales en sala de ginecología, medicina y cirugía.

Instrumento del Proyecto:

Se confecciona un test aplicado a los participantes antes y después de la capacitación, pretest y posttest con el fin de evaluar los conocimientos que posee sobre la habilidad para la escucha empática. Cuenta con 11 “ítem” de verdadero y falso; 10 preguntas de selección múltiple. Por otro lado, un segundo instrumento para la observación directa, que cuenta con 20 “ítems”, que fue aplicado al final de la capacitación en horas laborables del participante, con el fin de evaluar lo aprendido en la teoría en la práctica profesional de atención directa con escucha empática en el abordaje emocional de la persona con enfermedad avanzada.

En el primer instrumento se utilizó la Escala de Evaluación de la Universidad de Panamá adaptada al test, explicada en la tabla 1 y la técnica de semáforo para clasificar los resultados según puntaje obtenido explicado en la tabla 2. Por otro lado, cuenta con una ponderación para la interpretación de los resultados, siendo así: Puntos 0-6 (Regular) necesita mejorar sustancialmente algunos aspectos del tema, para aumentar la empatía y

mejorar la relación con la propia persona. Por lo que, instrúyase sobre la escucha empática que le permitirá establecer relaciones de convivencias agradables y satisfactorias para ayudar a los demás. Puntos 8-12(Bueno) tiene algunos conocimientos del tema, pero puede mejorar considerablemente. Por lo tanto, puedes seguir trabajando para reforzar autoconfianza, seguridad en sí mismos y de autoestima; además podrás reforzar las relaciones de convivencias agradables y satisfactorias en la relación de ayuda. Puntos 14-20 (Satisfactorio) tiene conocimientos del tema, puede ofrecer más ayuda con autoconfianza con seguridad en sí mismos y de autoestima lo que permite establecer relaciones de convivencias agradables y satisfactorias a través comprender la situación ajena en la relación de ayuda (puede llegar a la compasión).

Para la creación del segundo instrumento se utiliza como referencia la Escala de Validación de Empatía Médica de Jefferson, adaptada a la atención de enfermería. Según Alcorta, González, Silvia, & Rodríguez (2005) refieren:

El grupo de la Universidad de Jefferson, del Centro de Investigación en Educación y Atención Médica (Center For Research In Medical Education and Health Care) con más de 30 años de experiencia, han desarrollado una “Escala de Empatía Médica EEM”. En su versión original en inglés, su estructura es consistente con los aspectos conceptuales de una escala multidimensional, la cual define a la empatía con base entre factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para ponerse en los zapatos del paciente. Esta escala ha mostrado estabilidad en grupo de estudiantes médicos, lo que provee apoyo con la validez de construcción, además de una confiabilidad aceptable (Alfa superior a 0.80). La validez convergente ha sido confirmada por coeficiente de correlación significativos entre puntajes de la EEM y medidas conceptuales de compasión. (p.59)

Estos instrumentos son validados por tres profesionales de la salud, especialistas en atención de persona con enfermedad oncológica; enfermera Magister en Salud Mental, Psico oncólogos, los cuales poseen certificado de buenas prácticas actualizados y ofrecen servicios profesionales dentro de la institución hospitalaria.

RESULTADOS

Tabla 1

Resultados de pre-test y post-test

Participante	A		B		C		D		E		F	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test	Pre test	Post test	Pre test	Post test	Pre test	Post test	Pre test	Post test
Según test Puntos obtenidos	11	20	10	20	9	20	10	20	10	18	10	20
según escala evaluación UP	55	100	50	100	45	100	50	100	50	90	50	100

Nota: Total de puntos obtenidos en cada ítem evaluado en el pre-test y luego en cada punto obtenido en el post-test. Puntos obtenidos según el test oscilan 9-11 y los puntos obtenidos según escala evaluación de la Universidad de Panamá oscilan 90-100.

Tabla 2

Evaluación según técnica del semáforo y escala evaluación de la Universidad de Panamá

PARTICIPANTE	NIVEL DE CONOCIMIENTOS			
	PRE-TEST		POST- TEST	
Participante A	Rojo	55	Azul	100
Participante B	Rojo	50	Azul	100
Participante C	Rojo	45	Azul	100
Participante D	Rojo	50	Azul	100
Participante E	Rojo	50	Verde	90
Participante F	Rojo	50	Azul	100

Nota: Cada color denota una característica: color azul (excelente conocimiento del tema), color verde (Buen conocimientos del tema), color amarillo (regular conocimientos del tema), color rojo (mínimo conocimiento del tema), según la escala de evaluación de la Universidad de Panamá: 91-100 (excelente), 90-81 (bueno), 80-71 (regular) y 70-61 (mínima).

En la tabla 1, se adapta la escala de evaluación de la Universidad de Panamá, utilizada para evaluar el nivel de conocimiento sobre escucha empática en los participantes; en la cual la puntuación de 91-100 (excelente), 90-81 (bueno), 80-71 (regular) y 70-61 (mínima), y la técnica del semáforo que consta de cuatro colores, azul, verde, amarillo y rojo, se adapta a dicha escala de clasificación evaluativa en donde excelente (azul), verde (bueno), amarillo (regular) y rojo (mínima). Para el pre-test el nivel de conocimiento sobre escucha empática es mínimo ya que la puntuación obtenida

oscila entre los 45 y 55 puntos obtenidos en la prueba. Una vez ejecutada las estrategias planificadas basadas en las temáticas de: la escucha empática y su importancia en la profesión de enfermería, saber escuchar, escucha empática, técnicas básicas para desarrollarlas, sensibilización para la escucha empáticas, se aplica el post test.

Para el post-test el nivel de conocimiento sobre escucha empática es excelente y bueno, ya que la puntuación obtenida oscila entre los 90 y 100 puntos obtenidos en la prueba.

Tabla 3

Resultados de la práctica de escucha empática en la atención profesional de la enfermera

OBSERVACIÓN		TOTAL		SI		NO	
#	RESPUESTAS AFIRMATIVAS	N°	%	N°	%	N°	%
1.	Se presenta delante de la persona profesionalmente con su nombre.	6	100	6	100	0	0
2.	Presta atención al lenguaje no verbal durante la conversación.	6	100	6	100	0	0
3.	Ayuda a la clarificar sus pensamientos y sentimientos.	6	100	6	100	0	0
4.	Mantiene una postura abierta (evita cruzar brazos y piernas).	6	100	6	100	0	0
5.	Presta atención a los gestos de quien te habla.	6	100	6	100	0	0
6.	Escucha sin juzgar a la otra persona.	6	100	6	100	0	0
7.	Utiliza refuerzos positivos y lenguaje corporal abierto.	6	100	6	100	0	0
8.	Respeto los silencios de la otra persona.	6	100	6	100	0	0
9.	Se concentra en el mensaje de tu interlocutor.	6	100	6	100	0	0
10.	Guía la conversación hacia donde él o ella desean.	6	100	6	100	0	0
11.	Valida la decisión de la persona durante la conversación y realiza conclusiones.	6	100	6	100	0	0
12.	Pide a la persona que le aclare algún punto...	6	100	6	100	0	0
13.	Vuelve a redirigir la conversación hacia su origen.	6	100	6	100	0	0
14.	Anima a la otra persona para que siga hablando.	6	100	6	100	0	0
15.	Realiza preguntas con Qué, Cuándo, Dónde, Cómo o Quién.	6	100	6	100	0	0
RESPUESTAS NEGATIVAS							
16.	Atiende al teléfono mientras la otra persona le habla.	6	100	0	0	6	100
17.	Interrumpe a la persona mientras está hablando.	6	100	0	0	6	100
18.	Da lecciones o aconseja, para indicar lo que es bueno o malo.	6	100	0	0	6	100
19.	Desaprueba, cuestiona, quita la razón al otro.	6	100	5	83	1	17
20.	Juzga las emociones de la otra persona.	6	100	0	0	6	100

Nota: Resultados obtenido del instrumento aplicado para la evaluación de la enfermera en el ejercicio profesional, mientras aplica la escucha empática.

En la tabla 3, en los ítems evaluados # 1 al # 15 para respuestas afirmativas, los 6 participantes es decir el 100%, profesionalmente se presentan delante de la persona, prestan atención al lenguaje verbal y no verbal durante la conversación (los gestos de quien le habla), clarificando los pensamientos y sentimientos. Mantienen una postura abierta (evita cruzar brazos y piernas) escuchando sin juzgar ellos utilizan refuerzos positivos y respetando las pausas y los silencios de la otra persona, se concentran en el mensaje guiando la conversación hacia donde desean; por lo que, validan la decisión de la persona durante la conversación y realizan conclusiones. Al final piden a la persona que si desea aclarar algún punto; por lo contrario, vuelven a redirigir la conversación hacia su origen, animan a la otra persona para que siga hablando. En el ítem # 19 para respuestas negativas, 5 participante equivalen al 83%, no recriminan, no cuestionan, no quitan la razón al otro, en cambio 1 participante equivale al 17%, recrimina, cuestiona y quita la razón al otro, cabe resaltar que los 6 participante no atienden al teléfono mientras la otra persona le habla, no interrumpen, no ofrece lecciones o aconsejan para indicar lo que es bueno o malo, no juzgan las emociones de la otra persona.

Discusión

Este proyecto de intervención ofreció las herramientas básicas para para obtener conocimientos a nivel cognitivo, que con la práctica son de beneficio en las intervenciones de enfermería a través de la escucha empática. Estos conocimientos son muy necesarios en las ciencias de la salud, tal como lo demostraron Rozengway, García y Vallecillo en el 2017, quienes realizaron un estudio a estudiantes de medicina, odontología y enfermería relacionado a la práctica de la escucha empática. En sus discusiones manifiestan que la medición de la empatía en el personal de salud, cobra importancia por la alta demanda de atención del cliente, relacionado a las crisis emocionales secundario a una enfermedad.

En un estudio publicado por Subiela, Bellón, Celdrán, & Manzanares, (2014) en “La importancia de la Escucha Activa en la Intervención Enfermera” refieren que más de un 66% (n=30) cada una de las cuestiones planteadas sobre la escucha activa, cumplen con actitud y aptitudes ya que la relación de escucha empática médico- paciente a enfermera-paciente es de 1:10, ya que el personal de enfermería tiene más contacto con el paciente”. (p.278).

Por otro lado, el mismo estudio, (Subiela, Bellón, Celdrán, & Manzanares, 2014),

señalan que la “escucha activa” mejora nuestras habilidades de comunicación, lo cual puede contribuir a mejorar la calidad de estas y el resultado es de agrado sobre el paciente; mejorando su calidad de vida y aceleren el proceso de curación.

Podemos mencionar que en este proyecto de intervención el 100% (n=6), en la evaluación directa con el segundo instrumento, el profesional de enfermería anima a la otra persona a expresar sus sentimientos y emociones; por lo que, abren ventanas para establecer comunicación abierta y muestra interés real por todo lo que tenga que contar la otra persona frente a ella, tiene presente en todo momento las diferencias y necesidades del otro. Estas vivencias nos permiten el crecimiento personal y profesional, en efecto, tenemos la capacidad de ponernos en la situación de la otra persona y ver las cosas desde su punto de vista. Con esta cualidad, conectamos profundamente con quien lo rodea, observando todos los mensajes de la otra persona y buscando posibles respuestas a sus interrogantes.

Según Van-der & Quiles (2006) en su libro Técnicas de Comunicación para Profesionales de Enfermería (p.80), relacionadas con la habilidad personal, refiere “situaciones tales como no prestar atención al mensaje, prejuzgar el mensaje, evaluar anticipadamente el mensaje o interpretarlo incorrectamente, y en general todo lo relacionado con la falta de la escucha adecuada”, cabe notar que en este proyecto 1 participante equivale al 17%, recrimina, cuestiona y quita la razón al otro; por lo que, es importante reforzar esta habilidad blanda a través de capacitaciones y talleres para ofrecer atención de calidad, este tipo de caso no debe faltar , pero puede ocurrir, mientras abordamos un paciente oncológico en crisis emocional.

CONCLUSIONES

Se retoma la comunicación en la práctica del cuidado para el abordaje emocional a través de la escucha empática, manifestando que solo hablar, leer y escribir es lo que usualmente hacemos, sin dedicar tiempo a la habilidad de escuchar.

Reconocen la comunicación como pilar fundamental que conduce a una conversación natural, comprendiendo que el ejercicio de enfermería nos dedicamos a la práctica de competencias duras sin darnos cuenta de que las competencias blandas existen y son más difíciles de desarrollar.

Aplicaron los conocimientos adquiridos en la capacitación, efectuando una relación positiva en el abordaje emocional a través de la proyección efectiva reconociendo la necesidad emocional de la persona con empatía.

Comprendieron que el lenguaje no verbal también es un medio de comunicación, que la escucha empática es ponerse en el lugar de la persona para poder asistir a su necesidad emocional y dar posibles soluciones a sus interrogantes para aliviar sus preocupaciones.

Referencias

- Almudena, M. (10 de julio de 2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hace. *Revista Española Comunicación en Salud*, 3(2), 147-157.
- Alcorta, A., González, J., Silvia, T., & Rodríguez, F. (Octubre de 2005). Validación De La Escala De Empatía Médica De Jefferson En Estudiantes De Medicina Mexicanos. *Redalyc*, 28(5), 57-63. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58252808.pdf>
- Astudillo, D. W., & Mendinueta, D. (s.f.). (2005). Necesidades de los enfermos en el final de la vida. (A. Médica, Ed.) *Revistas de ciencias médica*, 4-14. Obtenido <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/su%20bmissions#authorGuidelines>
- Enfermería, L. O. (revisado 2021). Código Deontológico de Enfermería Española. España. Obtenido de <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf>
- Escobar, G., Zambrano, G., & Cevallos, L. (julio de 2019). El Cáncer Y Su Repercusión En La Personalidad De Quienes Lo Padenen. *Revista Caribeña Ciencias Sociales*, 1-10. Obtenido de <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/cancer-repercusion-personalidad.html>
- Rozengway, H., García, A., & Vallecillo, L. (30 de noviembre de 2017). Niveles de empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina, Enfermería y Odontología de Honduras. *Revista Científica Ciencia Médica*, 19(2), 14-19. Recuperado el 20 de agosto de 2017, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200003
- Subiela, J., Bellón, J., Celdrán, A., & Manzanares, J. (276-293 de abril de 2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería*

Global, 13(34). Obtenido de

<https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834853013.pdf>

Van-der, C. J., Quiles, Y., & Quiles, M. (2006). *Técnicas de Comunicación para personal de Enfermería*. Edita Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. doi:ISBN: 84-482-4228-9

EXPOSICIÓN DEL HUMO DE TABACO; PREVALENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN LA NIÑEZ DE AMÉRICA LATINA.

TOBACCO SMOKE EXPOSURE; PREVALENCE OF RESPIRATORY DISEASES IN LATIN AMERICAN CHILDREN.

EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DO TABACO; PREVALÊNCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS NA AMÉRICA LATINA.

Israel González Morales

Instituto Oncológico Nacional
Panamá

igonzalez28293@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-7018-011X>

Doris Bellido.

Facultad de Enfermería
Universidad de Panamá, Panamá

dorisbellido7@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-4249-7257>

Recibido: 5 de septiembre 2024

Aprobado:

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v35n31.a6703>

Resumen

Introducción: La exposición al humo de tabaco está relacionada con patologías respiratorias en niños, quienes tienen defensas respiratorias aún inmaduras. En Panamá, este problema no está bien documentado. Se revisan datos de América Latina para comprender la prevalencia e impacto del tabaquismo pasivo en la infancia. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica de siete artículos publicados entre 2010 y 2023, en revistas indexadas como: Scielo, PubMed, Redalyc, abarcando estudios cualitativos y descriptivos sobre enfermedades respiratorias en niños y su exposición al humo de tabaco en el hogar. **Resultados y discusión:** La exposición al humo en hogares con niños es alta en la región. En El Salvador, más de 1.1 millones de niños sufrieron enfermedades respiratorias relacionadas con el tabaquismo. En Perú, el 15% de los niños menores de 12 años están expuestos en sus hogares. En Cuba y México, la exposición aumenta el riesgo de síntomas como tos y sibilancias. La intervención para dejar de fumar mejora significativamente la salud infantil. **Conclusión:** La exposición al humo de tabaco sigue siendo un riesgo alto para la salud respiratoria infantil en América Latina. Se recomienda fortalecer los programas de cesación de fumar y políticas de control para proteger a los niños. La participación de los profesionales de salud es esencial.

Palabras clave: humo de cigarrillo, trastornos respiratorios, niñez, frecuencia, exposición al humo de tabaco.

Abstract

Introduction: Exposure to tobacco smoke is related to respiratory pathologies in children whose respiratory defenses are not yet fully developed. In Panama, this problem is not well documented. Data from Latin America are reviewed to understand the prevalence and impact of passive smoking in childhood. **Methodology:** A literature review of seven articles published between 2010 and 2023 in indexed journals such as Scielo, PubMed, and Redalyc was conducted. The review focused on qualitative and descriptive studies related to respiratory diseases in children and their exposure to tobacco smoke at home. **Results and discussion:** Exposure to smoke in homes with children is high in the region. In El Salvador, more than 1.1 million children suffer from smoking-related respiratory diseases. In Peru, 15% of children under 12 years of age are exposed in their homes. In Cuba and Mexico, exposure increases the risk of symptoms such as coughing and wheezing. Smoking cessation intervention significantly improves child health. **Conclusion:** Exposure to tobacco smoke remains a high risk for children's respiratory health in Latin America. Strengthening smoking cessation programs and control policies to protect children is recommended. The involvement of health professionals is essential.

Keywords: cigarette smoke, respiratory disorders, childhood, frequency, exposure to tobacco smoke.

RESUMO

Introdução: A exposição à fumaça do tabaco está relacionada a patologias respiratórias em crianças, que apresentam defesas respiratórias ainda imaturas. No Panamá, esse problema não está bem documentado. Os dados da América Latina são revisados para entender a prevalência e o impacto do tabagismo passivo na infância.

Metodologia: Foi realizada uma revisão bibliográfica de sete artigos publicados entre 2010 e 2023, em periódicos indexados como: Scielo, PubMed, Redalyc, abrangendo estudos qualitativos e descritivos sobre doenças respiratórias em crianças e sua exposição à fumaça do tabaco no domicílio. **Resultados e discussão:** A exposição à fumaça em residências com crianças é elevada na região. Em El Salvador, mais de 1,1 milhão de crianças sofriam de doenças respiratórias relacionadas ao tabagismo. No Peru, 15% das crianças menores de 12 anos estão expostas em suas casas. Em Cuba e no México, a exposição aumenta o risco de sintomas como tosse e sibilâncias. A intervenção para parar de fumar melhora significativamente a saúde das crianças. **Conclusão:** A exposição à fumaça do tabaco continua sendo um alto risco para a saúde respiratória das crianças na América Latina. Recomenda-se que os programas de cessação tabágica e as políticas de controle sejam reforçados para proteger as crianças. A participação dos profissionais de saúde é essencial.

Palavras-chave: fumaça de cigarro, distúrbios respiratórios, infância, frequência, exposição à fumaça do tabaco.

Introducción

La inhalación del humo de tabaco de manera involuntaria puede provocar importantes efectos adversos para la salud (Valero & Ruiz, 1999). Se estima que, para un no fumador, existe un riesgo equivalente al consumo de 4 a 10 cigarrillos por día (García et al., 2003). Es decir, los componentes tóxicos del humo que aspira el fumador involuntario o pasivo (la persona que aspira el humo de tabaco procedente de otros fumadores) son superiores a los que inhala el fumador directo (la persona que fuma el cigarrillo; García et al., 2003; Nelson, 2001).

Los niños menores de 18 meses no pueden evitar la exposición al tabaco en un ambiente con fumadores, lo que los convierte en los más afectados por el tabaquismo pasivo (García et al., 2003). Además de afectar el futuro crecimiento y la función pulmonar de los niños, el humo de tabaco los daña en su tracto respiratorio, el cual es inmaduro y no tiene mecanismos de defensa completamente desarrollados, volviéndolos vulnerables a cualquier agresión (Valero & Ruiz, 1999; García et al., 2003). Incluso, la exposición pasiva al humo del tabaco en la embarazada puede desencadenar malformaciones como daño prenatal en el feto, retraso en el crecimiento intrauterino, síndrome de muerte súbita del lactante, enfermedades agudas en la infancia del tracto respiratorio, enfermedades otorrinolaringológicas (sinusitis, rinitis, otitis, etc.), atopia y asma (Hawamdah et al., 2003).

Por otra parte, los estudios científicos han demostrado que la exposición al humo de tabaco es un problema de salud pública mundial. Por ello, se han implementado campañas internacionales con el objetivo de disminuir el consumo de tabaco y la exposición de la población al humo. Se ha evidenciado que los niños, debido a su sistema inmunitario y respiratorio en desarrollo, son un grupo altamente vulnerable y forman parte de los denominados fumadores pasivos, cuya principal fuente de exposición es el consumo de tabaco en el hogar.

En este trabajo, se realizó una recopilación de datos de siete artículos científicos publicados en revistas indexadas, como: Scielo, PubMed, Redalyc, abarcando estudios cualitativos y descriptivos sobre enfermedades respiratorias en niños y su exposición al humo de tabaco en el hogar, que se centraron en América Latina debido a las similitudes socioculturales con Panamá. Esta revisión resume la evidencia sobre los daños a la salud respiratoria que provoca la exposición al humo de tabaco en la infancia.

Metodología

Esta revisión bibliográfica se basó en estudios de cohorte transversal cualitativa y descriptiva, seleccionando investigaciones del periodo 2010 al 2023. Las fuentes utilizadas para la indagación fueron Google Académico, Redalyc, Scopus. Este estudio consistió en la revisión bibliográfica de siete artículos científicos sobre la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población infantil en países de América Latina, como Perú, Chile, Ecuador, México y Cuba, utilizando fuentes secundarias de revistas científicas indexadas entre otras.

Los artículos revisados fueron seleccionados bajo criterios de inclusión como: niños menores de 12 años, exposición al humo de tabaco en el hogar, incidencia y prevalencia de enfermedades respiratorias, y que los estudios estuviesen realizados en países latinoamericanos.

Resultados

Según el Informe sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo de la OMS (2021), aproximadamente 700 millones de niños en todo el mundo aún están expuestos al humo de tabaco de manera pasiva. Este dato indica que la cifra no ha cambiado significativamente desde el reporte anterior (2012), lo que subraya la persistencia de este problema a nivel global y la necesidad de continuar implementando medidas de protección, como entornos libres de humo y campañas de concienciación sobre los riesgos del tabaquismo pasivo

En El Salvador, uno de los países más pequeños y densamente poblados de América Central, registros del Ministerio de Salud (MINSAL) indicaron que más de 1.1 millones de niños salvadoreños, de entre uno y nueve años, fueron atendidos por el sistema de salud pública por enfermedades respiratorias relacionadas con el consumo y la exposición al humo de tabaco. Además, según agentes del MINSAL, la mayor parte de fumadores inician a los 10 años.

El tabaquismo es considerado el segundo factor de riesgo responsable de muertes a nivel mundial. Sus consecuencias son perjudiciales tanto para fumadores activos como pasivos. Por cada 52 fumadores activos, una persona expuesta al humo, no fumadora, fallece, siendo los niños una proporción sustancial de esas muertes. A nivel mundial, se estima que aproximadamente 165,000 niños menores de 5 años mueren

debido a patologías de las vías respiratorias bajas asociadas al humo de tabaco (Hauman, 2020).

A pesar de la tendencia a la disminución de la prevalencia de la exposición al humo de tabaco en las últimas décadas, aún no se logran hogares completamente libres de humo de tabaco para los niños. La población infantil es más vulnerable a la exposición al humo, especialmente cuando los padres fuman frente o cerca de sus hijos, lo que provoca enfermedades respiratorias como sibilancias. Además, el fumar materno durante el embarazo ocasiona diversos problemas respiratorios. Los estudios indican que los efectos fueron menores cuando solo uno de los padres fuma, en comparación con cuando ambos lo hacen. Sin embargo, el efecto del fumar materno es mayor, debido a la relación más estrecha entre madre e hijo (especialmente si la madre fuma durante el embarazo). Diversos estudios han demostrado que, en adultos, los daños a la función pulmonar dependen de las dosis de exposición o pueden no observarse en bajas exposiciones, mientras que en los niños sí afecta significativamente la función pulmonar en relación directa con la cantidad de cigarrillos consumidos en el hogar.

En países como Perú, se estima que aproximadamente el 10% de los adolescentes han estado expuestos al tabaquismo. La Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDES), desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) desde 1986, es una herramienta clave para recopilar datos sobre la demografía y la salud de la población. Según el informe de ENDES 2020, el 7.5% de los peruanos mayores de 15 años reportaron haber fumado al menos un cigarrillo en el último mes.

Según los resultados de la tesis "Prevalencia de niños menores de 12 años con exposición al humo de tabaco de segunda mano en el hogar en el Perú" (Huaman Rivera, 2023), que se resumen en la tabla siguiente, se encontraron los siguientes hallazgos significativos:

- La prevalencia de niños menores de 12 años expuestos al humo del tabaco en el hogar en Perú durante 2020 fue del 15% anual, 8.5% mensual y 1.24% diaria.
- Se identificaron diferencias significativas en las prevalencias entre las categorías de área de residencia, índice de riqueza y región natural.

En comparación, Chile presenta una de las tasas de prevalencia de tabaquismo más altas del mundo, alcanzando el 32.5% en 2016-2017, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018). Se estima que en Chile el tabaco es directamente responsable del 18% de las muertes entre personas mayores de 35 años, lo que representa un costo del 0.8% de su producto interno bruto (Paraje, 2021). Paraje (2021) también

señala que el tabaquismo afecta negativamente la salud de fumadores activos y pasivos, siendo los niños particularmente vulnerables debido a la inmadurez de sus sistemas respiratorio e inmunológico, lo que puede derivar en patologías como asma, sibilancias, muerte súbita, otitis recurrente y alergias. El abandono del hábito de fumar tiene un efecto positivo significativo en la salud de los niños, especialmente cuando la madre deja de fumar. Los programas para dejar de fumar no solo benefician la salud de los padres, sino también la de sus hijos. Aunque no se puede establecer una relación causal directa, estos hallazgos resaltan la importancia de las políticas de control del tabaco, ya que la exposición al humo de segunda mano aumenta la probabilidad de enfermedades infantiles, lo que sugiere que las leyes antitabaco podrían prevenir o atenuar estas patologías.

En Cuba, un estudio realizado en el Hospital Universitario Armando Cardoso de Guáimaro entre junio de 2015 y mayo de 2017 investigó los factores de riesgo de infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años (Coronel Carvajal et al., 2018). La muestra incluyó 88 niños, 44 de los cuales padecieron alguna forma clínica de infección respiratoria aguda, y 44 fueron controles. Se identificaron varias variables de riesgo, como la duración de la lactancia materna, la convivencia con fumadores y la presencia de animales en el hogar. Los resultados indicaron que la convivencia con fumadores aumenta significativamente las probabilidades de desarrollar infecciones respiratorias (OR = 9.2), al igual que la lactancia materna exclusiva por menos de seis meses (OR = 5.9), la malnutrición (OR = 5.4), y la edad menor de un año (OR = 4.6).

Tabla 1. Prevalencia de la exposición al humo de tabaco en el hogar entre niños en diferentes países de Latinoamérica"

Autor / Año / País	Título	Objetivo	Muestra	Método de Análisis	Resultados	Hallazgos
Guillermo Paraje/ 2021/ Chile	Cambios en el comportamiento de los padres de fumar y el estado de salud de los niños en Chile	Estimar la asociación estadística entre el comportamiento de los padres de fumar y el autoinforme de los padres sobre el estado de salud de sus hijos en Chile en los niños de 12 años o menos.	25,052 observaciones, autoinformes de los padres sobre el estado de salud actual de los hijos. Para un total de 16,041 niños de 0-12 años pertenecientes a 9337 familias. En dos oleadas para determinar el análisis longitudinal.	Datos longitudinales contruidos a partir de los Datos representativos para medir el bienestar socio económico, el conocimiento y el uso del sistema de seguridad social del país: Encuesta de Protección Social (EPS) 2004, 2006, 2009, 2015	Los resultados revelaron que la prevalencia de tabaquismo entre los encuestados se ubicó entre el 32% y 39%. lo cual es consistente con otros hallazgos de otras encuestas (Ministerio de Salud Chile 2017; Observatorios Chileno de Droga 2019). Entre 11 %y 14% de los padres informaron que sus hijos tenían una salud regular, mala o muy mala. Es decir, los padres fumadores reportaron una mayor proporción de niños con esta condición que los padres no fumadores 13,1% y 11,8% diferencia estadísticamente significativa de 1%.	Dejar de fumar tiene un efecto significativo positivo en el estado de salud reportado de los niños y es mayor si la madre deja de fumar. Los hallazgos sugieren que los programas para dejar de fumar pueden tener beneficios para la salud no solo de los padres fumadores, sino también de sus hijos. Aunque no se puede establecer una causalidad, los hallazgos sugieren la importancia de las políticas de control de tabaco, dado que la exposición al humo de tabaco de segunda mano aumenta la probabilidad de enfermedades entre los niños, las leyes anti tabaco pueden prevenir o atenuar las enfermedades causadas por la exposición al humo de tabaco de segunda mano. Loe efectos positivos de dejar de fumar, no se limitan a la salud de los niños, las evidencias sugieren que,

						en consonancia con otros países en vías de desarrollo, los hogares con gastos en tabaco asignan menores recursos a la salud y a la educación, especialmente en los hogares más pobres.
Mariella Rosalina HUAMA N RIVERA/ Perú.	Tesis. Prevalencia de niños menores de 12 años con exposición al humo de tabaco de segunda mano en el hogar en el Perú año 2020.	Determinar la prevalencia de niños de 12 años con exposición al humo de cigarrillo de segunda mano (HCSM) en el hogar según “la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020”.	La muestra fueron 19872 niños entre 0 a 11 años de edad. El grupo etario más frecuente fue el de 6 a 11 años (52.0%), seguido del de 3 a 5 años (25.8%). El 74.3% de la muestra reside en área urbana. El 46.7% de la muestra pertenecían al sector económico pobre, muy pobre. El 56.48% de niños 12 años radica en la costa, donde 2548 eran habitantes en Lima	Estudio transversal, de análisis secundario de la base de datos de la “ENDES 2020”. La muestra incluye a todos los de 12 años de edad que cumplen con los criterios de selección. Para el análisis se realizó el estudio de proporciones ponderadas, y para las comparaciones entre variables sociodemográficas se empleó el “test de Chi ² de independencia junto con la corrección de Rao-Scott”.	La prevalencia de niños de 12 años con exposición al HCSM” en el hogar en el Perú para el año 2020 es de 15% en el año, 8.5% en el mes y 1.24% diario. Se identificaron diferencias significativas en las prevalencias entre las categorías área de residencia, índice de riqueza y región natural.	La magnitud de la exposición al HCSM en los niños aún es alta. Se deben emplear medidas que busquen erradicar el consumo de cigarrillos por los cohabitantes de niños aún en desarrollo. Asimismo, el profesional de salud debe buscar identificar y realizar consejería en los padres con hábito tabáquico.
Carlos Coronel Carvajal;	Factores de riesgo de la	Identificar los factores de riesgo	Se realizó un estudio en 88 niños constituidos por 44	Se realizó un estudio observacional analítico, retrospectivo	Se encontró que fueron factores de riesgo para las infecciones respiratorias	Los factores de riesgo para la infección respiratoria aguda identificados fueron: la convivencia

Yanet Huerta Montaña; Odelmis Ramos Téllez/ 2018/Cuba .	infección respiratoria aguda en menores de cinco años	asociados a la infección respiratoria aguda en el menor de cinco años.	casos e igual cantidad de controles, en el Hospital Universitario Armando Cardoso de Guáimaro entre junio de 2015 y mayo de 2017 La información se obtuvo de la entrevista a familiares y la historia clínica del niño.	en 88 niños. Los datos se almacenaron y procesaron en el paquete de programas SYSTAT. Las pruebas Las estadísticas se aplican a tablas de contingencia 2x2. Se utilizó como prueba de hipótesis, la Chi de Mantel-Haenszel (XMH).	agudas: la convivencia con fumadores (OR=9,2 XMH=5,1), la lactancia materna exclusiva por menos de seis meses (OR=5,9 XMH=3,7), la malnutrición por defecto, (OR=5,4 XMH=2,2), la edad menor de un año (OR=4,6 XMH=3,4) y la presencia de animales en el hogar (OR=2,9 XMH=2,4).	con fumadores, la lactancia materna exclusiva por menos de seis meses, la malnutrición por defecto, la edad menor de un año y la presencia de animales en el hogar.
Alexander Ciria Martin La Habana, Cuba/2016	Tabaquismo pasivo y recurrencia de crisis en niños asmáticos de edad escolar.	Identificar la presencia de tabaquismo pasivo y su asociación con la recurrencia de crisis en niños asmáticos de edad escolar.	Estudio longitudinal de casos y controles con una muestra de 320 niños, en el servicio de alergología del Hospital Pediátrico Universitario "William Soler" de la Habana periodo comprendido entre febrero 2014 y enero 2015	Se aplicó encuesta de factores ambientales, la construcción y validación se realizó por un grupo de expertos, se utilizaron variables cualitativas en porcentajes	La exposición al humo del tabaco estuvo presente en el 75% de los niños con recurrencia de crisis de asma, con OR de 3,6 de ellos el 72,5% tenían padres fumadores, con un OR de 4,89	El humo de cigarrillo en el hogar es perjudicial para los niños, los cuales están propensos a desarrollar problemas respiratorios.
Saavedra Córdova,	Síntomas respirator	Determinar los síntomas	El presente trabajo de tesis se llevó a	Análisis de los datos obtenidos mediante el	Está demostrado que la presencia de síntomas	Está demostrado que la presencia de síntomas respiratorios en los niños

<p>Viviana Jamilet y Toabanda Congacha, María Verónica. Ecuador</p>	<p>ios en niños de cinco a diez años, asociados al consumo de tabaco en el hogar.</p>	<p>respiratorios en niños/as de 5 a 10 años, asociados al consumo de tabaco en el hogar en el año 2020 en el centro de salud Guasmo Sur - Distrito 09D01, ubicado en la ciudad de Guayaquil</p>	<p>cabo mediante el enfoque cuantitativo, el diseño de la investigación de manera descriptiva y transversal, la población fue de 83 pacientes, en donde se emplea donde se la recolección de datos a través de encuestas exhaustiva a 44 pacientes que son obtenidos por medio de la muestra aplicando los criterios de inclusión y exclusión</p>	<p>uso del programa estadístico Microsoft Excel 2016. tabulado en tablas de Frecuencia Simple, de acuerdo a las respuestas obtenidas de las personas encuestadas. Los resultados fueron representados mediante el uso de gráficos de barra y torta, para poder observar las correlaciones posibles que tenían entre las diferentes características investigadas. Para esto se realizó un cuadro conglomerado de la sintomatología compartida entre los encuestados que tenían uno o más habitantes de su hogar consumidores de tabaco (grupo de estudio) y los que no</p>	<p>respiratorios en los niños está asociada con la presencia del familiar que sea consumidor de cigarrillos, y que los menores que no son expuestos a este factor presentan menos probabilidad de padecer algunos de estas señales de enfermedad.</p>	<p>está asociada con la presencia del familiar que sea consumidor de cigarrillos, y que los menores que no son expuestos a este factor presentan menos probabilidad de padecer algunos de estas señales de enfermedad.</p>
---	---	---	---	--	---	--

				tenían ninguna persona que consuma en su domicilio (grupo control).		
<p>Antoni o Bernabé-Ortiz</p> <p>Rodrigo M. Carrillo- Larco</p> <p>Revista Peruana de medicina experimental y de salud pública. VOL.39 2022</p>	<p>Prevalencia y tendencias de tabaquismo activo y pasivo en adolescentes peruanos.</p>	<p>El objetivo del presente estudio fue evaluar las tendencias ocurridas en diferentes indicadores de tabaquismo en adolescentes peruanos. Asimismo, se evaluó las tendencias en dichos indicadores de acuerdo a sexo y en aquellos sin antecedente de</p>	<p>Un total de 17,047 registros (9869 en el 2007, 3424 en el 2014, y 3754 en el 2019) fueron analizados;</p>	<p>El presente estudio usa la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (Global Youth Tobacco Survey 2007, 2014, 2019).</p> <p>El Tabaquismo activo se definió según el consumo de tabaco en los últimos 30 días. El Tabaquismo pasivo se definió en función a la exposición al tabaco dentro y fuera del hogar, tanto global como en forma diaria. Los análisis consideraron el diseño muestral.</p>	<p>El 26,6% reportó antecedente de tabaquismo previo; dicha prevalencia cayó de 45,2% (2007), a 25,3% (2014), y a 19,4% (2019, p de tendencias < 0,001), mientras que el tabaquismo activo cayó de 17,1% (2007) a 8,7% (2014) y a 5,7% (2019). La prevalencia global de tabaquismo pasivo en el hogar cayó de 24,7%, a 12,9% y a 10,4% (p de tendencias <0,001), mientras que la prevalencia global de tabaquismo pasivo fuera del hogar se redujo de 46,3%, a 39,4%, y a 36,3% (p < 0,001) en ese lapso.</p>	<p>La caída en los indicadores de tabaquismo se vio principalmente en mujeres que en varones.</p> <p>Se evidencia una reducción sostenida en los indicadores de tabaquismo en adolescentes peruanos. El tabaquismo pasivo fuera del hogar continúa siendo frecuente requiriendo el fortalecimiento de las actuales políticas de control de tabaco.</p>

		tabaquismo previo.				
Jaime F. García/México	Humo de Tabaco Ambiental y Neumonías en Niños.	Determinar la asociación entre HTA y la presencia de neumonías en niños.	Se analizaron 285 pacientes, 142 casos y 143 controles, 47,4 % femeninos, la edad promedio fue de 4,5,2,7 años.	Se realizó un estudio de casos y controles no pareados. Se calcularon las razones de momios (RM) e intervalo de confianza 95 % (IC) para cada variable.	La exposición a HTA incrementa más de tres veces el riesgo de padecer neumonías en niños.	Podemos concluir que la exposición a HTA en niños menores de 10 años incrementa más de tres veces el riesgo de padecer neumonías.

Discusión

La relación entre el tabaquismo materno y la salud infantil es un tema de gran relevancia. El tabaquismo, ya sea actual o pasado, por parte de la madre, tiene un impacto significativo en la salud de los niños. Esto es respaldado por investigaciones como la de Paraje (2021), que señala que los niños expuestos al humo de segunda mano, particularmente de sus madres, tienen mayores probabilidades de desarrollar enfermedades respiratorias. En cuanto a los síntomas respiratorios y el consumo de cigarrillos en el hogar, estudios como el de Saavedra Córdova y Toabanda Congacha (2022) en Ecuador destacan que la presencia de fumadores en el hogar está directamente vinculada con síntomas respiratorios frecuentes en los niños, como tos y sibilancias. Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos por Coronel Carvajal et al. (2018) en Cuba, lo que refuerza la asociación entre el tabaquismo pasivo y la salud respiratoria de los niños. Los programas de cesación de fumar también juegan un papel crucial en la mejora de la salud tanto de los padres como de los hijos. Por ejemplo, las clínicas de cesación de fumar implementadas por el Ministerio de Salud de Perú (MINSA) han mostrado beneficios importantes. El abandono del hábito de fumar por parte de la madre ha demostrado tener un impacto positivo en la salud infantil, como lo señala Huaman Rivera (2023).

Finalmente, la concientización sobre los peligros del tabaquismo, especialmente en relación con su impacto en los niños, es esencial para reducir la exposición al humo de segunda mano. Paraje (2021) resalta la importancia de la educación y concientización en este ámbito, ya que protegen a los niños de los efectos nocivos del tabaquismo y promueven un entorno más saludable.

Conclusión

La exposición al humo de tabaco de segunda mano en los hogares constituye un riesgo significativo para la salud infantil. Diversos estudios en América Latina, como en Perú, Chile, Cuba, México y Ecuador han demostrado que los niños que conviven con fumadores tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedades respiratorias, como asma, neumonías y otitis. Es esencial fortalecer las políticas de control del tabaco y promover programas de cesación para reducir estos riesgos. La implementación de leyes antitabaco puede disminuir

la prevalencia de enfermedades respiratorias en los niños y mejorar la salud pública en la región.

Referencias

- American Academy of Pediatrics Section on Nicotine and Tobacco Prevention and Treatment, & Committee on Substance Use Prevention. (2023). *Healthy children*.
<https://www.healthychildren.org/Spanish/Paginas/default.aspx>
- Coronel Carvajal, C., Huerta Montaña, Y., & Ramos Téllez, O. (2018). Factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 194-203.
- García, C., Jiménez, C., & Blanco, A. (2003). Report on passive smoking. *Atención Primaria*, 31(3), 181-190.
- García, X., Martínez, R., & Pérez, A. (2003). Efectos del tabaquismo pasivo en la salud infantil. *Revista de Salud Pública*, 5(3), 15-20.
- Guillermo Paraje, & Valdés, N. (2021). Changes in parental smoking behavior and children's health status in Chile. *Preventive Medicine*, 153, 106792.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106792>
- Hauman, M. (2020). Tabaco y salud pública: Retos y avances. *Journal of Global Health*, 12(2), 203-210.
- Hawamdah, A., Kasasbeh, F. A., & Ahmad, M. A. (2003). Effects of passive smoking on children's health: A review. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*, 9(3), 441-447.
- Hawamdah, S., Gómez, J., & Ramírez, L. (2003). Impacto del humo de tabaco en niños pequeños: Una revisión sistemática. *Pediatrics Review*, 11(5), 120-135.

Huaman Rivera, M. R. (2023). *Prevalencia de niños menores de 12 años con exposición al humo de tabaco de segunda mano en el hogar en el Perú* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana.

Ley 13 del 24 de enero de 2008. Medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud. Panamá.

MINSA. (2021). *Clínica de cesación para dejar de fumar*. Panamá.

Nelson, E. (2001). The miseries of passive smoking. *Human & Experimental Toxicology*, 20(2), 61-83.

Nelson, M. (2001). Daños causados por el tabaco en no fumadores. *Journal of Respiratory Diseases*, 8(4), 45-50.

Saavedra Córdova, V. J., & Toabanda Congacha, M. V. (2022). [Título de la tesis]. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/67561>

UNDP. (n.d.). *Caso de inversión para el control de tabaco en El Salvador*. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/undp-sv-bpps-health-partnership-fctc-tobacco-control_ES.pdf

Valero, F. C., & Ruiz, C. J. (1999). Passive smoking in childhood. *Archivos de Bronconeumología*, 35(1), 39-47.

Valero, R., & Ruiz, L. (1999). La exposición al humo de tabaco en niños: Una amenaza latente. *Salud Pública*, 3(1), 22-28.