



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE LOS SANTOS
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA



TESIS

Cuidado humanizado en la enfermería panameña: asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas, desde la perspectiva de Jean Watson, ANEP-Panamá, 2025

ESTUDIANTE:

Estefanie Y. González J. 7-712-1112

PROFESORA ASESORA:

Sofía Navarro

TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

PANAMÁ, MARZO, 2026

TRIBUNAL EXAMINADOR

Profesora Asesora

Mgtr. Sofía Navarro

Firma: _____

Profesor (Jurado)

Lic. Delany González

Firma: _____

Profesor (Jurado)

Dra. Mileyda Gómez

Firma: Mileyda Gómez

Dedicatoria

Con profunda gratitud y amor, dedico este logro, en primer lugar, a Dios, por sostenerme en cada momento de este proceso, por darme fortaleza en los días de cansancio, claridad en medio de la incertidumbre y la perseverancia necesaria para culminar esta etapa tan significativa de mi vida profesional. Sin su guía, nada de esto habría sido posible.

A mis padres, por su amor incondicional, por los sacrificios silenciosos y por enseñarme desde siempre el valor del esfuerzo y la responsabilidad. Este logro también les pertenece, porque en cada paso he llevado conmigo sus enseñanzas y su ejemplo.

A mi esposo, por su paciencia, comprensión y apoyo constante. Gracias por acompañarme en cada desvelo, por creer en mí, incluso cuando yo dudaba, y por ser refugio en los momentos de mayor exigencia.

A mi abuela, cuya sabiduría y ternura han sido siempre inspiración, y a mis hermanos, por su ánimo, confianza y presencia incondicional a lo largo de este camino.

Finalmente, me la dedico a mí misma, por no rendirme, por seguir adelante aun cuando el camino parecía difícil, y por demostrar que la disciplina, la fe y la constancia siempre encuentran recompensa.

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme concedido la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa académica. Expreso mi más sincero agradecimiento al Centro Regional Universitario de Los Santos y a la Facultad de Enfermería, por brindarme la formación académica y las herramientas necesarias para alcanzar esta meta profesional.

A mi asesora, la profesora Sofía Navarro, por su orientación académica, sus aportes y su acompañamiento durante el proceso de elaboración de este estudio. Sus observaciones contribuyeron al fortalecimiento técnico y estructural del trabajo.

De manera muy especial, manifiesto mi profundo agradecimiento a la profesora Marta Pérez, cuyo apoyo constante, disposición permanente y acompañamiento cercano fueron fundamentales durante el desarrollo de esta investigación.

A la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá (ANEP), Capítulo de Azuero, por el respaldo institucional brindado para la realización del estudio. De forma particular, agradezco al licenciado Exclyz Hernández, presidente del ANEP Capítulo de Azuero, por su disponibilidad y colaboración durante la aplicación de las encuestas.

Asimismo, agradezco a mi compañera de universidad, Dayanara González, por su apoyo constante, motivación y acompañamiento durante este proceso. Finalmente, expreso mi gratitud a los profesionales de enfermería de la región de Azuero que participaron en esta investigación, así como a mi familia por su comprensión y respaldo permanente a lo largo de esta etapa.

Índice General

Resumen.....	9
Abstract.....	11
Introducción.....	13
Capítulo I Marco referencial.....	15
1.1 Antecedentes.....	16
1.2 Justificación.....	19
Capítulo II Marco teórico.....	26
2.1 Fundamentación teórica.....	27
2.1.1 Cuidado de enfermería.....	27
2.1.2 Cuidado humanizado.....	28
2.1.3 Teoría del cuidado humano transpersonal de Jean Watson.....	29
2.1.4 Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre el cuidado humano....	32
2.1.5 Nivel de actitudes del profesional de enfermería sobre cuidado humanizado.....	33
2.1.6 Prácticas de cuidado humanizado del profesional de enfermería.....	33
2.2 Planteamiento del problema.....	34
2.3 Hipótesis.....	36
2.3.1 Hipótesis alternativa.....	36
2.3.2 Hipótesis nula.....	37
2.4 Objetivo general.....	37
2.5 Objetivos específicos.....	37
2.6 Variables de estudio.....	38
Capítulo III Marco metodológico.....	41
3.1 Contexto.....	42
3.2 Enfoque.....	43
3.3 Tipo de estudio.....	44
3.4 Población.....	45
3.5 Muestra.....	45
3.6 Muestreo.....	47
3.7 Criterios de Inclusión.....	48

3.8 Criterios de Exclusión.....	48
3.9 Instrumentos.....	48
3.10 Método de recolección de datos.....	51
3.11 Método estadístico para el análisis de la información.....	52
3.12 Aspecto ético	53
Capítulo IV Resultados.....	55
4.1 Resultados.....	56
4.2 Discusión.....	89
4.3 Limitaciones.....	95
Conclusiones.....	96
Recomendaciones.....	98
Referencias bibliográficas.....	100
Anexos.....	106

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Definición de las variables de estudio.....</i>	37
Tabla 2 <i>Nivel de formación académica y las variables de estudio del profesional de enfermería según provincia donde labora.....</i>	59
Tabla 3 <i>Distribución de encuestados según años de experiencia laboral y las variables de estudio.....</i>	63
Tabla 4 <i>Área de desempeño laboral de los profesionales de enfermería según provincia donde laboran.....</i>	66
Tabla 5 <i>Nivel de conocimiento sobre el cuidado humanizado en el profesional de enfermería.....</i>	68
Tabla 6 <i>Nivel de actitud hacia el cuidado humanizado del profesional de enfermería.....</i>	69
Tabla 7 <i>Nivel de práctica del cuidado humanizado en el profesional de enfermería.....</i>	70
Tabla 8 <i>Distribución porcentual de encuestados según nivel de conocimientos, actitud y práctica del cuidado humanizado.....</i>	78

Tabla 9 <i>Asociación entre el nivel de conocimiento y prácticas del cuidado humanizado de encuestados</i>	80
Tabla 10 <i>Asociación entre el nivel de conocimiento y nivel de actitud hacia el cuidado humanizado de encuestados</i>	83
Tabla 11 <i>Asociación entre el nivel de actitud y prácticas del cuidado humanizado de encuestados</i>	85

Índice de figuras

Figura 1 <i>Distribución de los profesionales de enfermería según provincia en la que laboran</i>	56
Figura 2 <i>Distribución de los encuestados según la edad</i>	57
Figura 3 <i>Encuestados según las prácticas del cuidado humanizado aplicados en la atención de la dimensión biológica del paciente</i>	72
Figura 4 <i>Encuestados según las prácticas del cuidado humanizado aplicados en la atención de la dimensión emocional del paciente</i>	74
Figura 5 <i>Encuestados según las prácticas del cuidado humanizado aplicados en la atención de la dimensión espiritual del paciente</i>	76

Índice de anexos

Anexo 1 <i>Cronograma propuesto para llevar a cabo la investigación</i>	106
Anexo 2 <i>Presupuesto del estudio</i>	106
Anexo 3 <i>Instrumento para la recolección de datos</i>	107
Anexo 4 <i>Consentimiento informado</i>	117
Anexo 5 <i>Autorización del autor para el uso del instrumento</i>	118
Anexo 6 <i>Solicitud del ANEP sobre datos estadísticos</i>	118
Anexo 7 <i>Hoja de vida de investigadora</i>	119
Anexo 8 <i>Hoja de vida de asesora de investigación</i>	120
Anexo 9 <i>Certificado de curso de buenas prácticas de investigadora</i>	121
Anexo 10 <i>Certificado de curso introducción a la investigación de la investigadora</i>	122

Anexo 11 <i>Certificado de cursos de asesora.....</i>	122
Anexo 12 <i>Idoneidad de asesora.....</i>	123
Anexo 13 <i>Aval del comité de bioética de la Universidad Santa María La Antigua.....</i>	123
Anexo 14 <i>Registro de la investigación en el registro nacional de investigación en salud.....</i>	124
Anexo 15 <i>Aval institucional de la Asociación Nacional de Enfermeras.....</i>	124
Anexo 16 <i>Certificado de revisión de ortografía y redacción.....</i>	125
Anexo 17 <i>Cédula de identidad personal del revisor.....</i>	125

Resumen

Introducción: El cuidado humanizado constituye un eje fundamental en la práctica profesional de enfermería, al integrar conocimientos científicos, valores éticos y sensibilidad interpersonal en la atención centrada en la persona, conforme a la Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson. La evaluación de los componentes cognitivos, actitudinales y conductuales del profesional de enfermería permite comprender cómo se manifiesta este enfoque en el contexto asistencial. **Objetivo:** Examinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes asociadas a las prácticas del cuidado humanizado en profesionales de enfermería miembros de ANEP en la región de Azuero, Panamá, 2025. **Metodología:** Estudio con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, analítico y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por profesionales de enfermería de las provincias de Herrera y Los Santos. Se aplicaron tres instrumentos: un cuestionario de conocimientos, una escala de actitudes y una lista de verificación de prácticas basada en las ocho dimensiones del modelo de Jean Watson. Se utilizó estadística descriptiva y la prueba de Chi-cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0.05$. **Resultados:** El nivel de conocimiento mostró una distribución heterogénea, con predominio de los niveles medio y alto; la actitud fue mayoritariamente positiva (81.1%) y la práctica del cuidado humanizado se ubicó predominantemente en nivel bueno (98.8%). El análisis inferencial no evidenció asociación significativa directa entre conocimiento y práctica. Sin embargo, se identificaron asociaciones estadísticamente significativas en combinaciones específicas de variables según provincia: en Los Santos la actitud se asoció significativamente con la práctica, mientras que en Herrera el conocimiento mostró asociación significativa con la actitud. El análisis estratificado reveló, por tanto, variaciones contextuales en la interacción entre conocimiento, actitud y práctica.

Conclusión: La actitud emerge como el componente con mayor influencia directa sobre la práctica del cuidado humanizado, mientras que el conocimiento incide principalmente en la configuración actitudinal. Los hallazgos evidencian que la humanización del cuidado depende de la interacción dinámica entre saber, sentir y hacer, más que de un único factor aislado.

Palabras clave: Humanización de la atención, Conocimiento, Actitud, Práctica de enfermería, Teoría de Jean Watson.

Abstract

Introduction: Humanized care constitutes a fundamental axis in professional nursing practice, as it integrates scientific knowledge, ethical values, and interpersonal sensitivity in person-centered care, in accordance with Jean Watson's Theory of Human Transpersonal Caring. Evaluating the cognitive, attitudinal, and behavioral components of nursing professionals makes it possible to understand how this approach is manifested in clinical settings. **Objective:** To examine the relationship between the level of knowledge and attitudes associated with humanized care practices among nursing professionals who are members of ANEP in the Azuero region, Panama, 2025. **Methodology:** A quantitative, descriptive, analytical, and cross-sectional study was conducted. The sample consisted of nursing professionals from the provinces of Herrera and Los Santos. Three instruments were applied: a knowledge questionnaire, an attitude scale, and a practice checklist based on the eight essential dimensions of Jean Watson's model. Descriptive statistics and the Chi-square test were used, considering a significance level of $p < 0.05$. **Results:** The level of knowledge showed a heterogeneous distribution, with predominance of medium and high levels; attitude was mostly positive (81.1%), and the practice of humanized care was predominantly classified as good (98.8%). Inferential analysis did not reveal a statistically significant direct association between knowledge and practice. However, statistically significant associations were identified in specific variable combinations according to province: in Los Santos, attitude was significantly associated with practice, whereas in Herrera, knowledge showed a significant association with attitude. The stratified analysis therefore revealed contextual variations in the interaction between knowledge, attitude, and practice. **Conclusion:** Attitude emerges as the

component with the strongest direct influence on humanized care practice, while knowledge primarily contributes to shaping attitudinal disposition. These findings suggest that humanized care depends on the dynamic interaction between knowing, feeling, and acting, rather than on a single isolated factor. **Keywords:** Humanized care, Knowledge, Attitude, Nursing practice, Jean Watson's Theory.

Introducción

Los sistemas de salud enfrentan cambios demográficos que demandan una atención integral, ética y centrada en la persona. Entre ellos, el envejecimiento poblacional constituye un fenómeno relevante, caracterizado por el aumento de enfermedades crónicas, discapacidades y niveles de dependencia funcional, lo que exige que los profesionales de enfermería adapten su práctica para brindar cuidados sensibles, respetuosos y humanizados. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) señala que “el envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos más relevantes del siglo XXI y representa un desafío sustancial para los sistemas de salud en todo el mundo” (p. 3).

En este contexto, el cuidado humanizado adquiere especial relevancia dentro de la práctica de enfermería. Este se define como “la acción de hacer que la atención y el cuidado sean más humanos, cercanos y menos dolorosos para las personas que lo reciben” (Sepúlveda et al., 2022, p.1). Este enfoque se fundamenta en la relación terapéutica entre el profesional de salud y el paciente, promoviendo el respeto por la dignidad, la autonomía y las necesidades integrales de la persona. La Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson respalda esta perspectiva al destacar valores esenciales como la empatía, la compasión y la sensibilidad espiritual en la interacción enfermero-paciente; en este sentido, Gunawan et al. (2022) afirman que “el cuidado es el núcleo esencial y unificador de la práctica de enfermería” (p. 7).

En la región de Azuero, los profesionales de enfermería enfrentan diversos desafíos relacionados con la dispersión geográfica de la población y el incremento progresivo de personas adultas mayores que requieren atención continua. Esta realidad resalta la importancia

de analizar el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas de los profesionales de enfermería en relación con el cuidado humanizado, con el propósito de identificar fortalezas y áreas de mejora que contribuyan al fortalecimiento de la calidad del cuidado brindado a esta población.

La investigación se desarrolla a lo largo de tres capítulos que permiten abordar el fenómeno de estudio desde una perspectiva integral. En el primer capítulo se presenta el marco referencial que sustenta la investigación y orienta la comprensión del problema de estudio. El segundo capítulo describe el proceso metodológico para el desarrollo de la investigación, incluyendo los procedimientos utilizados para la obtención y análisis de la información. El tercer capítulo expone los resultados y su correspondiente interpretación, a partir de los cuales se derivan las conclusiones y recomendaciones que aportan al fortalecimiento del cuidado humanizado en la práctica de enfermería. Finalmente se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

Capítulo I

Marco Referencial

1.1 Antecedentes

La atención holística del hombre en sus cuatro dimensiones: social, biológica, emocional y espiritual, es y siempre ha sido, el ethos de los cuidados que debe brindar la enfermería profesional. Con esta aproximación integral se logra humanizar tales cuidados de enfermería, así lo expresa, Guerrero et al. (2024) cuando afirma que “este paradigma se aleja de la atención puramente técnica para promover una relación basada en la empatía, el respeto y la dignidad” (p.7).

Lo anterior sugiere que este principio va más allá de la implementación de técnicas clínicas y prácticas manuales, para trascender en el ser cuidado como lo establece la teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson (2008) que sintetizada equivale a decir que “la atención humanizada fomenta la comunicación efectiva, la comprensión profunda de las particularidades culturales y personales del paciente y la participación en su cuidado, favoreciendo así su calidad de vida y bienestar general” (p.25).

Diversos autores coinciden en que este tipo de cuidado requiere una preparación profesional de la enfermera (o) que vaya más allá de las competencias técnicas, integrando valores éticos, sensibilidad y compromiso con la persona como un todo. En ese sentido, para Guerrero et al. (2024) “el cuidado humanizado implica un compromiso con la mejora de la práctica profesional desde una perspectiva holística y ética, promoviendo vínculos terapéuticos que contribuyan no sólo a la recuperación física, sino también al fortalecimiento emocional y social del individuo” (p.7).

Relacionado a lo anterior, se puede decir que la enfermería representa un compromiso ético y moral, dirigido a preservar la humanidad del paciente, a establecer espacios de cuidado

en los que el individuo pueda sentirse entendido, respetado, apreciado y acompañado en sus vivencias de salud y enfermedad, cualidades del cuidado de enfermería que reitera Watson (2008) cuando alude que “el cuidado es la esencia de la enfermería y el ideal moral de la enfermería, cuyo fin es la protección, el fortalecimiento y la preservación de la dignidad humana” (p.32). Esta filosofía ha motivado numerosos estudios a nivel mundial, centrados en examinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de atención humanizada del profesional de enfermería, teniendo un impacto significativo en la experiencia de los pacientes.

El cuidado humanizado implica entonces reconocer a las personas como individuos únicos, con historias de vida, creencias propias y emociones que deben ser respetadas y valoradas en cada intervención. Atendiendo a este concepto la autora Sterling (2017) investiga sobre la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera y su relación con la funcionalidad del adulto mayor hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero, aplicando un instrumento titulado: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de la Enfermera (PCHE), que mide la percepción que tienen los pacientes sobre los comportamientos específicos de cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería. Los principales hallazgos fueron:

La percepción del cuidado humanizado por parte de las enfermeras se evaluó como excelente en el 20% de los casos, buena en el 76% y regular en el 4%. La categoría cualidades de la enfermera, fue particularmente notable, lo que refleja un alto nivel de conocimientos y habilidades entre estos profesionales. Además, el estudio indica que la percepción del cuidado humanizado no se asocia con el nivel de funcionamiento

físico del paciente, sino con la calidad de la interacción y el vínculo entre la enfermera y el paciente (p. 52).

Este antecedente es importante para este estudio, puesto que proporciona evidencia empírica que respalda la relevancia del conocimiento, actitud y práctica en enfermería sobre el cuidado humanizado, además los hallazgos refuerzan la visión de la teoría de Jean Watson, que enfatiza la importancia de competencias relacionales, éticas y humanísticas para brindar una atención holística y digna.

En un estudio desarrollado por Meléndez et al. (2017) en el Hospital III Iquitos EsSalud, Punchana, Perú, titulado “Conocimientos, Actitudes y Práctica del Cuidado Humanizado del Profesional de Enfermería del Hospital, Iquitos EsSalud, Punchana, 2017” encontraron que:

Un 43.4% de los profesionales evidenciaron un nivel medio de conocimientos, una proporción significativa (33.3%) mostró actitud positiva hacia el cuidado humanizado, pero sólo el 26.7% alcanzó una práctica considerada buena. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los conocimientos y la práctica ($p = 0.000$) y entre las actitudes y la práctica ($p = 0.005$) (p.73).

Estos resultados son reveladores funcionando perfectamente para justificar este proyecto, pero también son un antecedente vital para esta investigación, pues estudia las mismas tres variables de interés y los instrumentos validados por los autores serán los aplicados en este estudio.

Con relación al estudio anterior, la investigación titulada “Conocimientos sobre el cuidado humanizado y la práctica de enfermería en una clínica privada de Lima, 2021” realizada por Quiroz (2021) utilizó como base metodológica los instrumentos previamente

desarrollados y validados por Meléndez et al. (2017). Esta se llevó a cabo en una clínica privada en Lima con una muestra conformada por 63 enfermeras y 30 técnicos de enfermería; los hallazgos principales fueron:

El 43% de las enfermeras evaluadas tenían edades entre 35 y 45 años, con predominancia femenina (95.7%) y con un tiempo laboral mayormente entre 1 y 5 años. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento en cuidado humanizado y la práctica en las dimensiones de cualidades del hacer de enfermería, proactividad y disponibilidad para la atención. Por el contrario, no se halló relación significativa en las dimensiones de sentimientos del paciente, características de la enfermera, apoyo físico, apoyo emocional y empatía (p.41).

El estudio afirma además que no se detectó una relación global significativa entre el conocimiento del cuidado humanizado y la práctica de enfermería.

El estudio antes mencionado resulta un antecedente esencial para esta investigación, ya que proporciona evidencia sobre el uso concreto y la adaptación de los instrumentos de Meléndez et al. (2017) en diferentes contextos. Asimismo, destaca la importancia de analizar cuidadosamente las dimensiones del cuidado humanizado, enfatizando que algunos aspectos pueden requerir estrategias específicas para mejorar la integración del conocimiento y la práctica profesional en la atención de enfermería.

1.2 Justificación

La humanización de la asistencia sanitaria represente hoy una prioridad estratégica para los sistemas de salud. Esta surge como respuesta a la demanda de un modelo de atención

centrado en la persona, que trascienda lo biológico para integrar las dimensiones emocional, social y espiritual del paciente. Bajo este enfoque, el cuidado humanizado se establece como el eje vertebral de la enfermería, logrando una síntesis entre la excelencia técnica y la sensibilidad ético-relacional.

Si bien el envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI estimándose que “para el año 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá 65 años o más” (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, UN DESA, 2019, p. 1). Este escenario no solo implica mayor demanda de servicios de salud, sino también una atención más compleja y humanizada, capaz de responder a necesidades integrales. Por tanto, los profesionales de enfermería requieren no solo conocimientos técnicos, sino también actitudes y prácticas orientadas a preservar la dignidad humana durante el proceso asistencial.

En concordancia con lo anterior, la necesidad de fortalecer el cuidado humanizado en los entornos asistenciales no responde únicamente a una demanda ética, sino también a un compromiso profesional con la dignidad de la persona. Aguilar et al. (2024) destacan que “el cuidado no puede concebirse únicamente desde la técnica, sino desde una perspectiva humanizada que reconozca la dignidad y singularidad de cada persona” (p. 3). Esta afirmación refuerza la idea de que la calidad de la atención trasciende los procedimientos clínicos, requiriendo una práctica consciente que integre sensibilidad, respeto y reconocimiento del valor intrínseco del paciente.

En este sentido, la Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson ofrece un marco conceptual pertinente para sustentar este enfoque, al promover una práctica basada en la conexión auténtica, la empatía, la espiritualidad y el respeto como fundamentos

esenciales del acto de cuidar. Desde esta perspectiva, el cuidado se entiende como una relación moral y relacional que preserva la dignidad humana más allá del componente técnico.

Asimismo, González y Pérez (2018) señalan que “los profesionales de enfermería con una formación más sólida en el cuidado humano tienden a brindar una atención más centrada en el paciente, lo que contribuye a mejorar la percepción de dignidad y bienestar en los pacientes hospitalizados” (p.45). Esta evidencia respalda la importancia de analizar no solo el nivel de conocimiento y la disposición actitudinal del profesional, sino también la manera en que este percibe y reporta la aplicación de prácticas humanizadas en su desempeño cotidiano,

En esta misma línea, la evidencia latinoamericana también refleja desafíos importantes en la consolidación del cuidado humanizado dentro de la práctica clínica. En el ámbito de América Latina, un estudio realizado en el Departamento de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión en Lima Callao, Perú, reportado por Guerrero et al. (2015), evidenció la necesidad de fortalecer la humanización del cuidado en el ejercicio profesional. Los autores señalan que:

Solo el 26% de los profesionales brindaba una atención altamente humanizada, mientras que el 52% presentaba un desempeño promedio y el 22% se clasificó como deficiente. Además, el 91% mostró un desempeño promedio en técnicas de enfermería humanizada, el 65 % evidenció deficiencias en el componente ético y el 87% carencias en la dimensión espiritual (p. 132).

Estos hallazgos demuestran que, aunque el concepto de cuidado humanizado es reconocido en el ámbito profesional, su aplicación no siempre se desarrolla de manera integral ni homogénea. La variabilidad observada en el conocimiento y la práctica puede estar influenciada por múltiples factores. En este sentido, Boukherouaa (2023) sostiene que

intervienen elementos formativos como el nivel académico, la formación continua y la actualización profesional, institucionales entre ellos la carga laboral, el tipo de servicio y la cultura organizacional y personales como la experiencia, la edad, la motivación y la visión ética del rol enfermero (p.22).

En consecuencia, estos antecedentes respaldan la pertinencia de analizar el fenómeno desde una perspectiva multifactorial, reconociendo que el cuidado humanizado no depende exclusivamente del conocimiento teórico, sino de la interacción entre variables individuales y contextuales que influyen en su manifestación práctica.

En coherencia con los planteamientos anteriores, Watson (2008) sostiene que “el cuidado es la esencia de la enfermería y el ideal moral cuyo fin es la protección, el fortalecimiento y la preservación de la dignidad humana” (p. 32). Desde esta perspectiva, el acto de cuidar trasciende la dimensión técnica para constituirse en un compromiso ético y relacional que reconoce la integralidad del ser humano. La consolidación de este enfoque en la práctica profesional depende, no obstante, de la interacción entre conocimiento, actitud y contexto organizacional, elementos que influyen en la manera en que el cuidado humanizado se expresa en la atención cotidiana.

En el ámbito nacional, resulta pertinente analizar cómo estos componentes se manifiestan en contextos asistenciales específicos, particularmente en regiones donde la evidencia científica sobre la aplicación del modelo humanista es limitada. En este sentido, la región de Azuero, conformada por las provincias de Herrera y Los Santos, y representada por profesionales miembros del capítulo regional de la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá (ANEP), constituye un escenario relevante para examinar la integración entre saber, sentir y hacer dentro del ejercicio profesional. Evaluar estas variables en dicho contexto

permite generar información contextualizada que contribuya al fortalecimiento del cuidado centrado en la persona en el ámbito regional.

En continuidad con lo expuesto, el Ministerio de Salud de Panamá MINSA (2024) con base en datos estadísticos nacionales, menciona que:

En el año 2023, la provincia de Los Santos, Panamá, contaba con una población total de 95,561 habitantes, lo que representa apenas el 2.2% de la población nacional. La distribución por sexo es bastante equilibrada, con un 50.1% de hombres y un 49.9% de mujeres. Del total de la población, el 5.4% corresponde a menores de 5 años, mientras que el 14.2% son personas mayores de 64 años (p.5).

En coherencia con lo mencionado, se suma la provincia de Herrera según El Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá, INEC (2023) contiene dentro de su pirámide poblacional los siguientes datos:

Una población total de 122,071 habitantes. La distribución por sexo se estima casi equilibrada, cercana al 50.3% de hombres y 49.7% de mujeres. En cuanto a la estructura etaria, ese mismo informe indica que aproximadamente el 6.2% son menores de 5 años, mientras que un 14.1% tienen 65 años o más. El crecimiento demográfico medio anual ascendió a 0.83 %, lo que representó un aumento absoluto de 12,116 personas respecto al censo de 2010 (p. 20).

En este contexto, la selección de la región de Azuero como escenario de estudio no solo responde a la necesidad de generar evidencia científica local, sino también a características demográficas particulares que influyen en la dinámica asistencial. Las provincias de Los Santos y Herrera presentan una composición poblacional que evidencia un

notable proceso de envejecimiento, con porcentajes de adultos mayores (65 años o más) que superan el promedio nacional estimado en 13.9% según datos del INEC (2023).

Si bien el envejecimiento poblacional no constituye el eje central de esta investigación, esta realidad demográfica implica una creciente demanda de servicios de salud orientados al manejo de enfermedades crónicas, condiciones degenerativas y cuidados prolongados y en consecuencia el incremento de la dependencia de las personas que la padecen. En este escenario, la humanización del cuidado adquiere especial relevancia, dado que la atención a personas con mayor vulnerabilidad requiere no solo competencia técnica, sino también sensibilidad, empatía y reconocimiento de la dignidad humana en cada interacción asistencial.

Por tanto, analizar el nivel de conocimiento, actitud y práctica del cuidado humanizado en los profesionales de enfermería que laboran en esta región, permite comprender cómo se responde a estas demandas dentro de un contexto caracterizado por complejidad asistencial y transición demográfica.

En este sentido, esta investigación adquiere relevancia por múltiples razones. En primer lugar, contribuye a disminuir un vacío en la literatura nacional y regional, ya que, aunque existen estudios sobre cuidado humanizado, son limitadas las investigaciones que articulen de manera integrada la Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson con el análisis del nivel de conocimiento, actitud y práctica en profesionales de enfermería en el contexto panameño. Esta aproximación permite abordar el fenómeno desde una perspectiva teórica sólida y aplicada a la realidad asistencial.

En segundo lugar, el estudio aporta un elemento metodológico innovador al emplear el instrumento validado por Meléndez et al. (2017), el cual permite evaluar de manera estructurada las dimensiones del cuidado humanizado propuestas por Watson. La utilización

de herramientas validadas fortalece la rigurosidad científica de la investigación y garantiza mayor confiabilidad en los resultados obtenidos.

Asimismo, la investigación posee un impacto social y ético significativo. Garantizar un cuidado humanizado no constituye únicamente un principio moral, sino también un compromiso profesional alineado con estándares de calidad asistencial y con el respeto a la dignidad humana como valor fundamental del ejercicio enfermero. En este marco, Aguilar et al. (2024) destacan que “la formación en cuidado humanizado debe ser prioritaria en los currículos de enfermería y en las políticas hospitalarias, porque de ello depende la calidad de vida y la percepción de bienestar de los pacientes” (p. 3). Esta afirmación refuerza la necesidad de generar evidencia que sustente procesos formativos orientados al fortalecimiento del cuidado centrado en la persona.

La pertinencia del estudio se enmarca en una región con envejecimiento poblacional progresivo, lo que incrementa la demanda de atención integral y continua. Aunque la investigación no se limita a la población adulta mayor, este contexto refuerza la necesidad de consolidar prácticas humanizadas frente a necesidades complejas y prolongadas. En este sentido, el estudio aporta evidencia contextualizada que contribuye al fortalecimiento de una enfermería más humana, ética y centrada en la persona, en coherencia con la filosofía de Jean Watson.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Fundamentación teórica

En el contexto actual, los cambios demográficos y sociales han transformado los sistemas de salud a nivel mundial. Es por ello por lo que la enfermería desempeña un papel fundamental, ya que no se limita a la ejecución de procedimientos técnicos, sino que está orientada a ofrecer una atención integral, humana y ética, tal como lo plantea Jean Watson, en su Teoría del Cuidado Humano Transpersonal.

2.1.1 Cuidado de enfermería

La Organización Internacional de Enfermería (ICN, 2025) define la enfermería como “una profesión con conocimientos científicos y habilidades específicas que regulan la provisión del cuidado integral, incluyendo promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en diversos entornos y poblaciones” (p.7).

Así mismo por su parte el Ministerio de Salud, México (2020) define el cuidado de enfermería como:

Un conjunto de intervenciones planificadas, basadas en criterios y conocimientos científicos, que los profesionales realizan para mantener o recuperar la salud de las personas, así como para prevenir enfermedades, aplicando un enfoque integral en cualquier contexto, con el objetivo de promover la mayor independencia posible del paciente (p. 8).

Esta definición, la refuerza Fernández et al. (2020) cuando afirma que el cuidado de enfermería se concibe como “un proceso sistemático y deliberado mediante el cual las enfermeras identifican, analizan y satisfacen las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de las personas, familias y comunidades” (p.11). Este cuidado se fundamenta en un enfoque holístico que reconoce la unicidad del ser humano y su contexto, orientado a la

promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, al alivio del sufrimiento, y a la dignidad en todas las etapas de la vida como plantea de teoría del cuidado humanizado.

2.1.2 Cuidado humanizado

De acuerdo con Sepúlveda et al. (2022) “El cuidado humanizado se define como la acción de hacer que la atención y el cuidado sean más humanos, cercanos y menos dolorosos para las personas que lo reciben” (p.1). Es decir, implica manifestar actitudes y comportamientos como el respeto, la gentileza, la consideración, la solicitud y la confianza, que permitan a los pacientes sentirse valorados como seres humanos y no como objetos. Este mismo autor agrega además que:

Este enfoque requiere que el paciente perciba un entorno de seguridad y confianza en el cuidador para que la atención sea eficaz y significativa. La humanización de la atención también implica aspectos emocionales y éticos, y debe gestionar las interacciones con empatía, evitando la fragmentación del conocimiento y el agotamiento emocional que pueden afectar la calidad de la atención. (p.3).

Por otro lado, en el ámbito específico de la enfermería, el cuidado humanizado se apoya en la capacidad técnica, el conocimiento científico y, fundamentalmente, en la relación terapéutica que el profesional establece con el paciente. Esta relación según Quispe (2023) “se caracteriza por la calidez y la atención centrada en el bienestar integral del individuo, protegiendo su dignidad y autonomía incluso frente a factores externos que puedan condicionar la calidad del cuidado” (p.1). El profesional de enfermería, más que un ejecutor de técnicas es un ser humano que integra saberes, actitudes y emociones para responder a las necesidades del paciente, fomentando un vínculo de confianza y comunicación efectiva que abarca aspectos biológicos, psíquicos, sociales y culturales

2.1.3 Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson

El cuidado integral de una persona se vuelve el centro y la razón de ser de enfermería y esta razón implica ver a la persona como un ser poseedor de dimensiones que se le deben prestar atención. Por ello, Gunawan et al. (2022) afirma que “La Teoría del Cuidado Humano Transpersonal, desarrollada por Watson desde 1979 y perfeccionada a lo largo de los años, se fundamenta en la idea de que el cuidado es el núcleo esencial y unificador de la práctica de enfermería” (p.7).

En este marco conceptual se inscribe la obra de Margaret Jean Watson, enfermera teórica estadounidense reconocida por el desarrollo de la Teoría del Cuidado Humano, la cual destaca la importancia de una atención integral basada en la conexión transpersonal entre el profesional y el paciente. De acuerdo con García et al. (2023), esta teoría sostiene que “el cuidado debe trascender lo técnico para incluir aspectos humanos, espirituales y emocionales, facilitando la salud y la sanación en un sentido holístico” (p. 3). Así, el cuidado se configura como una relación ética y consciente que busca promover bienestar más allá de la dimensión física.

Asimismo, Watson introduce el concepto de “momento del cuidado”, definido como una interacción plena y significativa en la que se integran mente, cuerpo y espíritu, generando un proceso mutuo de crecimiento y sanación. Según García et al. (2023), este momento “es una interacción consciente y plena que integra mente, cuerpo y alma, marcando el proceso de curación y bienestar entre cuidador y paciente” (p.4). De esta manera, la teoría surge como respuesta a los procesos de deshumanización en los sistemas de salud, proponiendo la recuperación de la ética, la empatía y la dimensión espiritual como fundamentos esenciales del ejercicio profesional de enfermería.

En desarrollo de su propuesta teórica, Watson estructuró inicialmente diez factores de cuidado, los cuales posteriormente evolucionaron hacia lo que denominó “Caritas Processes”, enfatizando una visión más espiritual y relacional del acto de cuidar. De acuerdo con Gonzalo (2023), estos procesos incluyen “la práctica del amor y la bondad, el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, la promoción de la expresión emocional auténtica y el apoyo a las necesidades espirituales” (p. 4).

Estos elementos no solo orientan la práctica clínica, sino que constituyen principios éticos que guían la interacción enfermero–paciente desde una perspectiva humanista. En este sentido, los Caritas Processes refuerzan la idea de que el cuidado humanizado implica presencia auténtica, empatía consciente y compromiso moral, integrando ciencia y humanidad en cada encuentro asistencial.

Esta teoría se fundamenta en varios enfoques profundamente humanos que han transformado la práctica de enfermería, orientándola hacia una atención integral, ética y humanizada. Según Watson (2008) estos enfoques son:

- Enfoque holístico

En este enfoque Watson (2008) propone que el ser humano debe ser atendido como una unidad indivisible de mente, cuerpo y espíritu. El cuidado holístico implica:

Reconocer que la salud y la enfermedad son experiencias vividas en todas las dimensiones del ser, y que el bienestar solo se logra cuando se atienden las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente. Además, este enfoque rechaza la visión biomédica reduccionista y promueve la integración de todas las dimensiones del ser en el proceso de atención (p.30).

- Cuidado transpersonal y relacional

El cuidado transpersonal es el eje de la teoría de Watson. Según Gunawan (2022) se refiere a:

Una relación profunda y auténtica entre enfermera y paciente, que trasciende la mera interacción física o técnica. En este vínculo, ambos comparten sus historias de vida y sus experiencias subjetivas, generando una experiencia de sanación mutua que va más allá del momento y del ego individual. La enfermera se involucra de manera intencionada y presente, conectando con la esencia espiritual y existencial del paciente, lo que facilita procesos de sanación y crecimiento personal para ambos (p.3).

- Paradigma humanista-ético

Este paradigma incluye una visión humanista y moral del acto de cuidar. Gonzalo (2023) menciona que:

La teoría de Watson se basa en un paradigma humanista y ético, donde el cuidado es visto como un acto moral y existencial. La enfermería, desde este enfoque, es tanto arte como ciencia, y exige la práctica deliberada de valores como la compasión, la bondad, la autenticidad y el respeto por la dignidad humana. El cuidado humanizado se convierte así en un compromiso ético que promueve la equidad, la justicia y la protección de la vulnerabilidad del otro (p.3).

- Diez procesos Caritas

Gonzalo (2023) hace mención de que el modelo de Watson se operacionaliza a través de diez procesos Caritas, que guían la práctica diaria del cuidado y constituyen la estructura ética y relacional de la teoría. Estos procesos incluyen:

Practicar la bondad amorosa, ser auténticamente presente, cultivar la sensibilidad espiritual y emocional, desarrollar relaciones de ayuda basadas en la confianza,

permitir la expresión auténtica de sentimientos, utilizar la creatividad y el pensamiento crítico, enseñar y aprender en el contexto de una relación de cuidado, crear ambientes curativos, asistir a las necesidades básicas como actos sagrados y abrirse al misterio y la posibilidad de milagros (p.4).

- Enfoque en la autoactualización y el crecimiento

Según Gunawan et al. (2022), “el cuidado, según Watson, no solo busca aliviar el sufrimiento, sino también potenciar la autoactualización y el crecimiento tanto del paciente como de la enfermera” (p.1). Esta perspectiva implica que el cuidado trasciende la atención de necesidades físicas inmediatas, orientándose hacia el desarrollo integral de la persona. Desde el enfoque transpersonal, el encuentro entre enfermera y paciente favorece no solo la recuperación y el bienestar del individuo cuidado, sino también el fortalecimiento ético y humano del profesional, consolidando el cuidado como una experiencia recíproca de crecimiento y transformación.

2.1.4 Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre el cuidado humanizado

El nivel de conocimiento en el ámbito del cuidado humanizado constituye un componente esencial para la práctica profesional de enfermería. Morales et al. (2015) señalan que este se refiere:

Al grado en que el profesional de enfermería entiende y comprende los principios, valores y fundamentos del cuidado humanizado, enmarcados en teorías como la de Jean Watson, abarcando no solo el conocimiento teórico, sino también la capacidad de aplicarlo en situaciones clínicas específicas (p. 13).

En este sentido, el conocimiento trasciende la simple adquisición de información, implicando una comprensión crítica y reflexiva que permita integrar los fundamentos éticos,

filosóficos y científicos del cuidado en el ejercicio cotidiano. Por tanto, la formación continua en cuidado humanizado resulta fundamental para consolidar prácticas coherentes con los principios del modelo transpersonal, favoreciendo una atención centrada en la persona y sustentada en la dignidad humana.

2.1.5 Nivel de actitudes del profesional de enfermería sobre cuidado humanizado

Según Meléndez et al. (2017), la actitud se define como “una respuesta aprendida y relativamente estable que integra componentes cognitivos, afectivos y conductuales hacia un objeto, idea o situación determinada” (p. 30). Esta definición permite comprender la actitud como una disposición valorativa que orienta y regula la conducta del individuo en contextos específicos.

En el ámbito de la enfermería, las actitudes hacia el cuidado humanizado adquieren especial relevancia, ya que influyen directamente en la forma en que el profesional se relaciona con el paciente. Los mismos autores señalan que estas comprenden “el conjunto de creencias, valores, disposiciones emocionales y conductas que orientan al profesional para brindar una atención integral, empática y respetuosa, centrada en la dignidad y unicidad del paciente” (p.30). En consecuencia, la actitud constituye un elemento mediador entre el conocimiento teórico y la práctica asistencial, configurando la manera en que el cuidado se expresa en la interacción cotidiana.

2.1.6 Prácticas de cuidado humanizado del profesional de enfermería

El cuidado humanizado constituye uno de los pilares fundamentales de la enfermería. Fernández et al. (2020) lo definen como “la prestación de cuidados que integran no solo aspectos físicos y técnicos, sino también dimensiones emocionales, éticas, culturales y espirituales, reconociendo al paciente como un ser humano único y digno” (p.10). Esta

concepción sitúa al paciente en el centro de la atención, promoviendo una práctica basada en el respeto, la empatía y la consideración integral de sus necesidades.

Asimismo, los autores señalan que “el cuidado humanizado no solo tiene implicaciones éticas, sino que se asocia a mejores resultados en salud, mayor satisfacción del paciente y reducción de eventos adversos” (Fernández et al., 2020, p.10). En concordancia, Watson (2008) lo reconoce como “la esencia de la práctica de enfermería y la base de la relación curativa” (p. 37). En este marco, las prácticas de cuidado humanizado se orientan a garantizar una atención consciente, ética y centrada en la dignidad de la persona.

2.2 Planteamiento del problema

La humanización del cuidado se ha consolidado como un eje fundamental en la calidad de la atención en salud, especialmente en el ámbito hospitalario, donde la relación entre el profesional de enfermería y el paciente constituye un elemento determinante en la experiencia asistencial. En este contexto, el cuidado humanizado no solo representa un principio ético de la disciplina, sino también un indicador de calidad vinculado a la satisfacción del paciente, la seguridad clínica y la preservación de la dignidad humana.

A pesar de la relevancia teórica y ética del modelo de cuidado humanizado, aún persisten interrogantes sobre cómo se articulan, en la práctica cotidiana, los componentes cognitivos, actitudinales y conductuales del profesional de enfermería. Es decir, no basta con reconocer la importancia del cuidado centrado en la persona; resulta necesario analizar si el conocimiento sobre sus fundamentos teóricos se traduce en actitudes favorables y en prácticas coherentes dentro del ejercicio profesional.

En el contexto panameño, y particularmente en la región de Azuero conformada por las provincias de Herrera y Los Santos la evidencia científica que examine de manera integrada estas tres dimensiones es limitada. La ausencia de estudios que evalúen simultáneamente el nivel de conocimiento, la actitud y la práctica del cuidado humanizado en profesionales de enfermería dificulta la identificación de fortalezas y áreas de mejora dentro del ámbito institucional. En consecuencia, surge la necesidad de investigar cómo se relacionan estas variables en el profesional de enfermería de dicha región, con el fin de aportar información contextualizada que permita comprender la dinámica entre saber, sentir y hacer dentro del cuidado humanizado.

Se sospecha que existen necesidades educativas en el grupo de enfermeras sujeto de interés en este proyecto, ya que, durante las prácticas clínicas realizadas a lo largo de la formación académica, se ha podido constatar cómo, en numerosas ocasiones, la atención al paciente hospitalizado se centra en los aspectos biomédicos y técnicos, dejando en segundo plano las necesidades emocionales, sociales y espirituales. Esta experiencia directa ha permitido identificar posibles carencias tanto en la formación como en la aplicación cotidiana de un cuidado integral y humanizado, tal como lo plantea Jean Watson. Dichas carencias pueden reflejarse no solo en la percepción de insatisfacción de algunos pacientes y sus familias, sino también en el desgaste profesional del profesional de enfermería, quien enfrenta desafíos éticos y emocionales que no siempre son abordados de manera estructurada en la práctica tradicional.

Si bien la región de Azuero presenta características demográficas particulares según datos del INEC (2023) y del MINSA (2024), la población adulta representa cerca del 15% en cada provincia, el elemento central no radica únicamente en la estructura poblacional, sino en

la necesidad de fortalecer un modelo de atención que garantice un cuidado centrado en la persona. En este contexto, factores como la migración interna, la dispersión geográfica y las limitaciones en redes de apoyo pueden incrementar la complejidad de la atención, demandando del profesional de enfermería no solo competencia técnica, sino también habilidades relacionales y éticas acordes con el cuidado humanizado.

Por otra parte, aunque la competencia en cuidado humanizado se promueve durante la formación académica del profesional de enfermería, en la práctica asistencial cotidiana pocas veces se retoma como parte de la educación continua o como indicador formal de evaluación de la calidad. Esta situación se ve reforzada por la escasez de estudios investigativos específicos en estas provincias, lo que limita la comprensión del cuidado humanizado como fenómeno propio del ejercicio profesional en este contexto regional.

Por todo lo antes expuesto, surge la necesidad de indagar la respuesta a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el cuidado humanizado según Jean Watson? ¿Cuáles son las intervenciones prácticas de cuidado humanizado que aplican las enfermeras encuestadas? ¿Cómo se asocian los conocimientos sobre la teoría de Watson con sus actitudes y prácticas de cuidados humanizado?

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis alternativa (H1)

Existe una asociación estadística entre el nivel de conocimiento sobre el cuidado humanizado con la actitud y las prácticas de atención del profesional de enfermería.

2.3.2 Hipótesis nula (H_0)

No existe asociación estadística entre el nivel de conocimiento sobre el cuidado humanizado con la actitud y las prácticas de atención del profesional de enfermería.

2.4 Objetivo general

Examinar el nivel cuidado humanizado en la enfermería panameña: asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas, desde la perspectiva de Jean Watson, ANEP-Panamá, 2025

2.5 Objetivos específicos

1. Medir el nivel de conocimiento que posee el profesional de enfermería sobre los principios y fundamentos del cuidado humanizado del modelo de Jean Watson.
2. Calificar la actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado humanizado, conforme a los principios del modelo de Jean Watson.
3. Identificar las prácticas de cuidado humanizado que el profesional de enfermería aplica en la atención, considerando las dimensiones esenciales del cuidado transpersonal.
4. Calcular la asociación entre el nivel de conocimiento, actitudes y las prácticas de cuidado humanizado del profesional de enfermería.

2.6 Variables de estudio

Tabla 1

Definición de variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional e interpretación
Nivel de conocimiento sobre cuidado humanizado	Watson (2008) define el conocimiento en enfermería sobre el cuidado humanizado como “la comprensión profunda de los principios éticos, filosóficos y espirituales que fundamentan el cuidado transpersonal, orientado a preservar la dignidad humana y la integridad del ser” (p. 37).	En este estudio, el nivel de conocimiento corresponde al puntaje obtenido por los encuestados en los ítems teóricos de dos instrumentos elaborados por Meléndez et al. (2017). El primero es el Cuestionario de Conocimientos sobre Cuidado Humanizado, elaborado por las investigadoras en base a las ocho dimensiones del cuidado humanizado según J. Watson: sentimientos del paciente, características del profesional de enfermería, apoyo emocional, apoyo físico, cualidades del hacer de enfermería, proactividad, empatía y disponibilidad para la atención. El cuestionario comprende dos partes: 1. La primera parte sobre algunos datos de identificación personal y profesional. 2. La segunda parte sobre conocimientos de cuidado humanizado, conformada por 11 interrogantes con cuatro alternativas de respuesta, de las cuales solo una es correcta y equivale a un punto. Interpretación de puntaje: • Conocimiento alto: 9 a 11 puntos • Conocimiento medio: 7 a 8 puntos • Conocimiento bajo: 5 a 6 puntos

Actitudes hacia el cuidado humanizado

Según Watson (2008), “las actitudes hacia el cuidado humanizado implican una disposición ética y espiritual que promueve una atención integral y empática al paciente, basada en una conexión transpersonal que valora la dignidad humana” (p. 37).

La actitud se midió mediante el instrumento Escala de Actitudes Hacia el Cuidado Humanizado elaborado por Meléndez et al. (2017), siguiendo las ocho dimensiones del cuidado humanizado.

El cuestionario estuvo conformado por 16 enunciados de orientación positiva y negativa, con cinco alternativas de respuesta: Muy de acuerdo (MA), De acuerdo (A), Indeciso (I), En desacuerdo (D) y Muy en desacuerdo (MD).

El puntaje asignado va de 5 a 1 para los enunciados positivos y de 1 a 5 para los enunciados negativos.

Interpretación de puntaje:

- Actitud positiva: 64 a 80 puntos
- Actitud negativa: 1 a 63 puntos

Prácticas de cuidado humanizado

Watson (2008) explica que “las prácticas del cuidado humanizado implican conductas observables que reflejan una actitud de respeto, presencia, compasión y sensibilidad hacia la persona cuidada, trascendiendo la técnica para atender la dimensión existencial y espiritual del ser humano” (p. 52).

Para medir las prácticas de cuidado humanizado se utilizó la Lista de Verificación de la Práctica de Cuidado Humanizado de Enfermería, elaborada por Meléndez et al. (2017).

Aunque originalmente fue diseñada para aplicarse mediante observación directa, en este estudio se modificó para que sea el profesional de enfermería quien se autocalifique según los cuidados que brinda a los pacientes hospitalizados durante su jornada laboral, tomando en cuenta las ocho dimensiones del cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características del profesional de enfermería, apoyo emocional, apoyo físico, cualidades del hacer de

enfermería, proactividad, empatía y disponibilidad para la atención.

El instrumento estuvo conformado por 32 ítems con dos alternativas de respuesta: “Sí” (1 punto) y “No” (0 puntos).

Interpretación de puntaje:

- Práctica buena: 26 a 32 puntos
 - Práctica regular: 15 a 25 puntos
 - Práctica deficiente: 0 a 14 puntos
-

Capítulo III

Marco Metodológico

3.1 Contexto

En este proyecto, el contexto seleccionado fue la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá (ANEP), capítulo de Azuero. Según la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá (ANEP), su historia inicia el 20 de agosto de 1925 como la Asociación de Enfermeras Graduadas del Hospital Santo Tomás, adoptando su nombre actual en 1956. Desde entonces, representa a los profesionales de enfermería del país, defendiendo sus intereses gremiales y promoviendo altos estándares éticos, científicos y humanos.

De acuerdo con Espinosa (2023), la ANEP actúa como portavoz del gremio a nivel nacional e internacional, impulsando la mejora de las condiciones laborales y la calidad de la atención en salud. Además, “cuenta con una estructura organizativa que abarca diversas sedes distribuidas a lo largo del territorio nacional” (p. 1), lo que permite mantener una presencia activa en distintas regiones. Su sede principal se ubica en la Ciudad de Panamá y posee capítulos regionales en provincias como Colón, Chiriquí, Veraguas, Coclé, Herrera y Los Santos, entre otras.

El Capítulo de Azuero, que agrupa a las provincias de Herrera y Los Santos, desarrolla actividades orientadas a la formación continua, la promoción del cuidado humanizado y la participación comunitaria. Funciona como punto de encuentro para jornadas científicas, talleres y proyectos de desarrollo profesional, constituyéndose en un espacio integrador del profesional de enfermería de ambas provincias.

La selección de este contexto respondió no solo a su pertinencia académica y gremial, sino también a criterios de viabilidad y factibilidad metodológica. El proyecto se inició en una

fase posterior al cronograma académico habitual, debido a situaciones ajenas a la voluntad de la investigadora, lo que redujo el tiempo disponible para su ejecución. En este escenario, se priorizó un contexto que permitiera optimizar los procesos administrativos y garantizar el cumplimiento de los plazos establecidos para la culminación del estudio.

Al tratarse de un capítulo que concentra a los profesionales de las dos provincias en una misma estructura organizativa, la obtención de la no objeción institucional permitió acceder de manera unificada a los profesionales de enfermería afiliados, evitando la gestión individual de permisos en múltiples instituciones de salud, lo que habría implicado mayores tiempos administrativos, considerando que se trata de dos provincias con diversas entidades asistenciales. Esta estrategia aseguró eficiencia en la recolección de datos sin comprometer la rigurosidad ni la representatividad del estudio. En consecuencia, este escenario no solo facilitó el acceso a una muestra amplia y organizada del profesional de enfermería, sino que también permitió integrar profesionales de distintos ámbitos asistenciales bajo un mismo marco institucional, fortaleciendo la coherencia del análisis.

Asimismo, la investigadora se comprometió a compartir los resultados con la ANEP, contribuyendo a la toma de decisiones basadas en evidencia, al fortalecimiento de las competencias profesionales y al fomento de prácticas de cuidado centradas en las necesidades reales de la población y en la formación continua del gremio.

3.2 Enfoque

La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, definido por Hernández et al. (2014) como “el proceso sistemático que utiliza datos numéricos y técnicas estadísticas para

describir, explicar o predecir fenómenos” (p.22). Este enfoque permitió medir los conocimientos, actitudes y prácticas del profesional de enfermería sobre el cuidado humanizado mediante instrumentos validados y datos cuantificables.

3.3 Tipo de Estudio

El diseño fue descriptivo, pues buscaba detallar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas sin manipular variables. Según Sampieri et al. (2014), “este tipo de diseño permite identificar características, comportamientos y patrones específicos, sin intervenir ni manipular variables”.

Asimismo, el estudio fue transversal, ya que los datos se recolectaron en un solo momento, reflejando la situación actual del profesional de enfermería en Herrera y Los Santos. En palabras de Echanique et al. (2012), “un estudio de corte transversal es aquel en el cual los sujetos son muestreados sin tener en cuenta su condición y se estudian en un momento particular del tiempo” (p.3).

Esta investigación también tuvo un carácter exploratorio, debido a la escasa literatura sobre el cuidado humanizado en la región de Azuero, lo que justifica la necesidad de generar conocimiento para futuras investigaciones.

Finalmente, tuvo un enfoque analítico, pues además de describir, buscó examinar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas, identificando su influencia en la forma en que se brinda el cuidado. Como señalan Sampieri et al. (2014), los estudios analíticos “examinan la interacción entre variables y proporcionan explicaciones más profundas de los fenómenos investigados” (p. 43). Esto permitió comprender cómo los factores cognitivos y

actitudinales del profesional pueden impactar la aplicación del cuidado humanizado en la región de Azuero.

3.4 Población

La población sujeta de estudio estuvo constituida por el profesional de enfermería miembros de la Asociación Nacional de Enfermeras, Capítulo de Azuero, que ejerce funciones como enfermeras y enfermeros en diversas instalaciones de salud públicas y privadas ubicadas dentro de las provincias de Herrera y Los Santos. Según E. Hernández (comunicación personal, 18 de septiembre, 2025), actual presidente de ANEP, capítulo de Azuero, en ese momento, existían 1182 profesionales de enfermería, agremiados a este capítulo, distribuidos respectivamente entre ambas provincias, de los cuales se mantenían 679 socios activos financieramente hablando.

Se seleccionó esta población porque se encontraba directamente implicada en la prestación de cuidados hospitalarios, lo que permitió obtener información relevante sobre el nivel de conocimiento, actitudes y las prácticas relacionadas con el cuidado humanizado, de acuerdo con el modelo de Jean Watson. La elección de esta población respondió a la necesidad de conocer de manera específica las fortalezas y áreas de oportunidad en el ejercicio profesional de la enfermería en el contexto de la región de Azuero.

3.5 Muestra

El tamaño de muestra proyectado para este estudio fue de 355 enfermeros pertenecientes a la Asociación Nacional de Enfermeras, Capítulo de Azuero, quienes laboraban en distintas instalaciones de salud de las provincias de Herrera y Los Santos. La

selección de los participantes se realizó bajo criterios de inclusión que garantizaron que se tratara de profesionales en ejercicio activo.

Para determinar el tamaño de la muestra de esta investigación, se tomó como base la población total de 1182 enfermeros que eran socios de la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá (ANEP). El cálculo se realizó utilizando la fórmula para poblaciones finitas, aplicando un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %. Se asumió una proporción esperada (p) del 50 %, lo cual es común cuando no se cuenta con datos previos específicos, ya que brindó el tamaño de muestra más conservador.

La fórmula empleada fue la siguiente: $n = (N \times Z^2 \times p \times q) / (E^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q)$

Donde:

- n es el tamaño de la muestra
- N es el tamaño de la población (1182)
- Z es el valor correspondiente al nivel de confianza del 95 % (1.96)
- p es la proporción esperada (0.5)
- q es 1 - p (también 0.5)
- E es el margen de error (0.05)

Valores aplicados a la fórmula:

$$n = (1182 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5) / (0.05^2 \times (1182 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)$$

$$n = (1182 \times 3.8416 \times 0.25) / (0.0025 \times 1181 + 3.8416 \times 0.25)$$

$$n = (1182 \times 0.9604) / (2.9525 + 0.9604)$$

$$n = 1134.04 / 3.9129$$

$$n = 289.8 = 290$$

Con el interés de aumentar la representatividad y reducir el margen de error, se decidió incrementar el tamaño de la muestra al 30 % de la población total, lo que equivale a 355 participantes ($1182 \times 0.30 = 354.6 = 355$).

No obstante, durante el proceso de recolección de datos no se logró alcanzar el total proyectado de 355 participantes. Finalmente, se obtuvieron 328 encuestas válidas, distribuidas en 154 profesionales de la provincia de Los Santos y 174 de Herrera, lo que representa un 92.39 % de la muestra estimada. Este porcentaje se considera adecuado y suficiente para mantener la representatividad estadística del estudio, al superar ampliamente el mínimo recomendado en investigaciones cuantitativas.

3.6 Muestreo

El tipo de muestreo seleccionado para el presente estudio fue probabilístico, estratificado y sistemático. Los estratos estuvieron conformados por las dos provincias destacadas en el contexto del estudio: Herrera y Los Santos. Para garantizar la representatividad proporcional de cada provincia, se utilizó el listado oficial de enfermeros miembros del capítulo provincial como marco muestral.

En la provincia de Herrera, cuya población total de enfermeros registrados es de 622, se aplicó el 30 % para determinar el tamaño de la muestra, obteniéndose 187 participantes ($622 \times 0.30 = 187$). Posteriormente, se dividió la población total entre el tamaño de la muestra ($622 / 187 = 3.33$), este último número (3) se utilizó como intervalo sistemático de selección, es decir, cada 3 enfermeros del listado oficial hasta completar el número requerido.

En la provincia de Los Santos, con una población total de 560 enfermeros registrados, se aplicó el mismo procedimiento. El 30 % de la población equivale a 168 participantes ($560 \times$

0.30 = 168). Al dividir el total de la población entre el tamaño de la muestra ($560 / 168 = 3.33$), se aplicó este mismo intervalo de selección sistemática en el listado oficial del capítulo provincial, hasta alcanzar la muestra establecida.

De esta manera, el muestreo sistemático dentro de cada estrato garantizó una distribución equitativa y representativa de la población de enfermeros de ambas provincias, asegurando la validez del estudio.

3.7 Criterios de inclusión

- ✓ Enfermeros (as) miembros en la Asociación Nacional de Enfermeras, Capítulo de Azuero.
- ✓ Profesional laboralmente activo en instalaciones de salud públicas o privadas en las provincias de Herrera y Los Santos.
- ✓ Prestación de servicios en áreas hospitalarias.

3.8 Criterios de exclusión

- ✓ Profesionales de enfermería que presentaran alguna condición cognitiva o psicológica que limite su comprensión o participación efectiva en el estudio.

3.9 Instrumentos

Para la recopilación de datos en esta investigación, se utilizaron tres instrumentos validados de Meléndez et al. (2017) en la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Estos instrumentos fueron diseñados para evaluar las variables de conocimiento, actitud y práctica relacionadas con el cuidado humanizado en profesionales de enfermería, respectivamente. Además, está fundamentado en la Teoría del Cuidado Humanizado de Jean

Watson, que plantea una comprensión integral del cuidado basada en una conexión ética, espiritual y transpersonal entre el profesional de enfermería y el paciente.

Los instrumentos utilizados fueron previamente validados por Meléndez et al. (2017) mediante el método Delphi o juicio de expertos, con participación de profesionales con experiencia en cuidado humanizado, con el fin de asegurar la claridad, pertinencia y coherencia de los constructos evaluados.

La confiabilidad fue determinada a través del coeficiente alfa de Cronbach y una prueba piloto aplicada inicialmente al 20 % de la muestra (seis enfermeras del Hospital Regional de Loreto), seguida de una aplicación a 30 enfermeras adicionales para optimizar la precisión de las mediciones.

De acuerdo con Meléndez et al. (2017), el Cuestionario de conocimientos sobre cuidado humanizado alcanzó una validez del 89.8 % y un coeficiente de confiabilidad del 97.7 %; la escala de actitudes presentó una validez del 87.8 % y un alfa de Cronbach de 89.9 %; mientras que la lista de verificación de la práctica obtuvo una validez del 92.9 % y una confiabilidad del 87.3 % (p. 59).

Estos antecedentes respaldan la consistencia interna y validez de contenido de los instrumentos empleados en esta investigación. Asimismo, aunque son de acceso público en el repositorio de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, se contó con la autorización expresa de los autores para su uso y adaptación.

El instrumento de Meléndez et al. (2017) se fundamenta en las ocho dimensiones del cuidado humanizado de Jean Watson: sentimientos del paciente, características del profesional, apoyo emocional, apoyo físico, cualidades del hacer en enfermería, proactividad, empatía y disponibilidad para la atención. Estas dimensiones permiten una visión integral del

cuidado, considerando tanto los aspectos emocionales como los prácticos, y resaltando valores como la compasión, el respeto y la responsabilidad profesional.

En esta investigación se aplicaron tres instrumentos basados en estas dimensiones:

1. Cuestionario de conocimientos sobre cuidado humanizado: Evaluó el nivel de conocimientos del profesional de enfermería. Consta de dos secciones: una con datos generales y otra con 11 preguntas de opción múltiple (una respuesta correcta por ítem). La puntuación se clasifica como alto conocimiento (9–11 puntos), medio (7–8 puntos) y bajo (5–6 puntos). Dado que el documento original no incluye las respuestas correctas, se realizó una revisión fundamentada en la teoría de Watson para identificar las respuestas apropiadas y garantizar la validez del instrumento.

2. Escala de actitudes hacia el cuidado humanizado: medía las actitudes del profesional frente al cuidado humanizado. Estaba compuesta por 16 enunciados (positivos y negativos) que se responden en una escala tipo Likert de cinco niveles: Muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y muy en desacuerdo. La puntuación total clasificó la actitud como positiva (64–80 puntos) o negativa (1–63 puntos), reflejando la disposición del profesional hacia la práctica de un cuidado centrado en la persona.

3. Lista de verificación de prácticas de cuidados humanizados de enfermería: Este instrumento fue utilizado para evaluar las prácticas relacionadas con el cuidado humanizado. Aunque originalmente fue diseñado para aplicarse mediante observación directa, en este estudio se adaptó a formato de autoevaluación, permitiendo que cada profesional valorara su desempeño habitual durante la jornada laboral.

La decisión metodológica de emplear la modalidad de autoevaluación respondió a criterios de viabilidad operativa y acceso institucional, evitando interferir en la dinámica

asistencial y garantizando mayor cobertura de participación. Esta adaptación no modificó la estructura, dimensiones ni sistema de puntuación original del instrumento, preservando su contenido teórico y constructo conceptual.

El instrumento estuvo conformado por 32 ítems distribuidos en las ocho dimensiones del cuidado humanizado, con opciones de respuesta dicotómicas: Sí (1 punto) y No (0 puntos). La interpretación de los resultados se clasificó como práctica buena (26–32 puntos), práctica regular (15–25 puntos) y práctica deficiente (0–14 puntos).

Si bien la autoevaluación puede implicar un componente de percepción subjetiva, su aplicación permitió obtener información sistematizada sobre la frecuencia de conductas humanizadas declaradas por el profesional, manteniendo coherencia con el objetivo del estudio orientado a identificar las prácticas desde la perspectiva profesional

3.10 Método de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta digital que integró los tres instrumentos elaborados y validados en el estudio titulado Conocimientos, actitudes y práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería del Hospital III Iquitos EsSalud, Punchana 2017, de Meléndez et al. (2017): el cuestionario de conocimientos sobre cuidado humanizado, la escala de actitudes hacia el cuidado humanizado y la lista de verificación de la práctica de cuidado humanizado de enfermería.

Con el fin de facilitar la participación del profesional de enfermería y no interferir en la jornada laboral, el instrumento fue administrado en formato digital mediante la plataforma Google Forms. A través de la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá (ANEP), Capítulo de Azuero, se obtuvo acceso a los contactos institucionales de los profesionales

agremiados, enviándose el enlace mediante grupos de difusión de WhatsApp previamente establecidos.

Antes de iniciar el cuestionario, se presentó un consentimiento informado digital que explicaba claramente los objetivos del estudio, la voluntariedad de la participación, la confidencialidad de la información y el uso estrictamente académico de los datos. Para continuar con el llenado del formulario, los participantes debían marcar la opción de aceptación; en caso contrario, el sistema no permitía el acceso al cuestionario. La aceptación electrónica quedó registrada automáticamente en la plataforma, constituyendo evidencia del consentimiento informado.

3.11 Método estadístico para el análisis de la información

Una vez recolectada la información, los datos fueron exportados desde la plataforma Google Forms en formato Excel. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics, el cual permitió procesar los datos cuantitativos de manera sistemática.

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables, mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes, con el propósito de determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica del profesional de enfermería respecto al cuidado humanizado.

Posteriormente, se efectuó un análisis inferencial utilizando la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, con el objetivo de evaluar la asociación entre las variables categóricas del estudio (nivel de conocimiento, actitud y práctica). Se estableció un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ para determinar la existencia de asociación estadísticamente significativa.

Durante el análisis se verificaron los supuestos estadísticos correspondientes a la prueba, particularmente la distribución de frecuencias esperadas en las celdas, a fin de garantizar la validez de los resultados obtenidos.

Hernández et al. (2014) señalan que el uso de software estadístico como SPSS “facilita la sistematización y el análisis preciso de grandes volúmenes de datos, permitiendo generar resultados válidos y confiables para la toma de decisiones y la construcción de conocimiento científico” (p. 219).

3.12 Aspecto ético

La investigadora principal se comprometió a cumplir con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, el Informe de Belmont, las Buenas Prácticas Clínicas y las normativas nacionales e internacionales vigentes en materia de investigación con seres humanos. En todo momento se garantizaron los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, resguardando la dignidad, integridad y derechos de los participantes.

Previo a la participación, se presentó un consentimiento informado digital integrado en el formulario en línea, el cual describía claramente los objetivos del estudio, los procedimientos, los posibles beneficios, la voluntariedad de la participación y el manejo confidencial de la información. Para acceder al cuestionario, los participantes debían marcar la opción de aceptación; de lo contrario, el sistema no permitía continuar. La aceptación electrónica quedó registrada en la plataforma, constituyendo evidencia del consentimiento informado.

La participación fue totalmente voluntaria y no implicó incentivos económicos ni afectó la relación laboral o profesional de los encuestados. Asimismo, las encuestas fueron anónimas, sin recolección de datos personales identificables, garantizando la confidencialidad y privacidad de la información.

Los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos. La información digital fue almacenada en un equipo de uso personal protegido mediante contraseña, con acceso restringido únicamente a la investigadora principal. Los archivos permanecerán resguardados por un período de cinco años posteriores a la finalización del estudio, tras lo cual serán eliminados de forma segura, conforme a las disposiciones éticas institucionales.

Finalmente, el proyecto fue presentado y aprobado por el Registro y seguimiento de investigación para la salud (RESEGIS) y el Comité de Bioética de la Universidad Santa María la Antigua de Panamá, y la recolección de datos no se inició hasta contar con la autorización formal correspondiente.

Capítulo IV

Resultados

4.1 Resultados

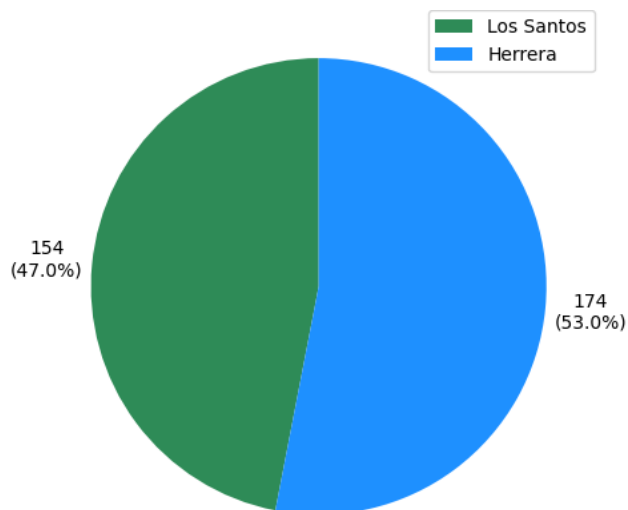
En el presente capítulo se presentan los resultados derivados del análisis de los datos recolectados en la investigación. La información se organiza de acuerdo con los objetivos específicos planteados, lo que permite desarrollar de manera estructurada cada una de las variables estudiadas.

Los hallazgos se exponen mediante tablas y figuras que facilitan la visualización y comprensión de los datos, acompañadas del análisis estadístico correspondiente para la verificación de las hipótesis formuladas. De esta manera, se garantiza una presentación sistemática, clara y coherente de los resultados obtenidos.

Características Sociodemográficas y Profesionales de la Muestra Estudiada

Figura 1

Distribución de los profesionales de enfermería según provincia en la que laboran



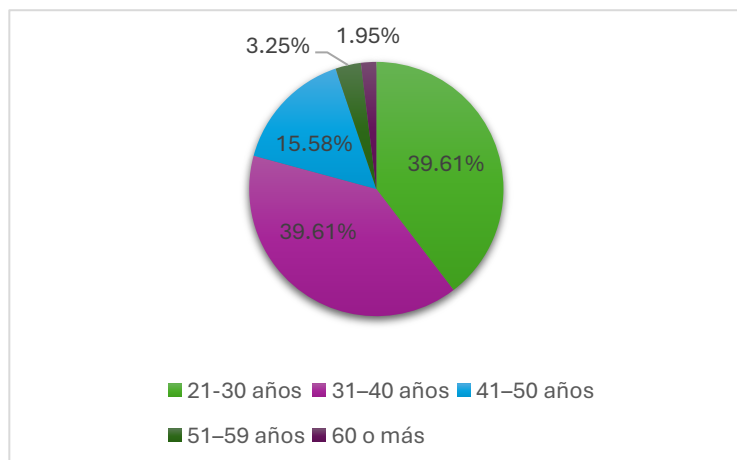
En cuanto a la provincia de ejercicio profesional, se observa que el 53.0% del profesional de enfermería labora en la provincia de Herrera, mientras que el 47.0% ejerce en Los Santos. Esta distribución refleja una participación relativamente equilibrada entre ambas provincias que conforman la región de Azuero.

Dado que el presente estudio adopta un diseño estratificado por provincia, esta primera caracterización resulta fundamental, ya que establece los dos grupos de análisis sobre los cuales se desarrollarán las comparaciones posteriores. La proporción similar entre Herrera y Los Santos garantiza representatividad en cada estrato y permite examinar de manera diferenciada las variables de conocimiento, actitud y práctica dentro de cada contexto provincial.

Figura 2

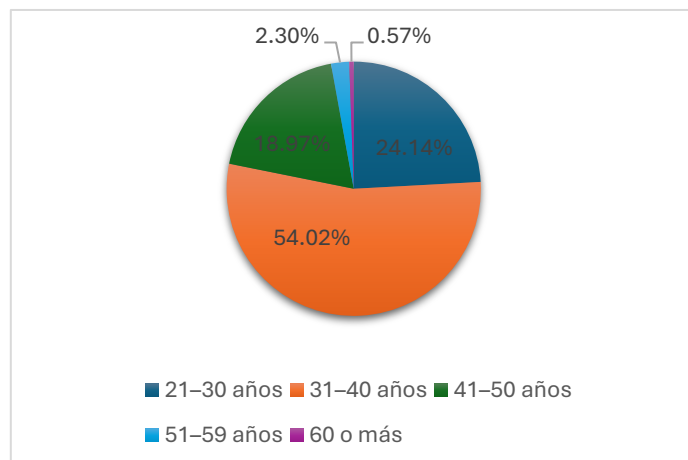
Distribución de los encuestados según la edad

Figura 2A



Provincia de Los Santos (n=154)

Figura 2B



Provincia de Herrera (n=174)

La Figura 2 presenta la distribución de los encuestados según grupo etario en las provincias de Los Santos y Herrera, permitiendo caracterizar demográficamente la muestra. En la provincia de Los Santos, la estructura etaria muestra una concentración marcada en los grupos jóvenes y adultos tempranos. Más de un tercio de la muestra se ubica en el rango de 21 a 30 años (39.61%), proporción equivalente al grupo de 31 a 40 años (39.61%), lo que implica que aproximadamente cuatro quintas partes de los participantes tienen menos de 40 años. El grupo de 41 a 50 años representa cerca de una sexta parte de la muestra (15.58%), mientras que los grupos de mayor edad 51 a 59 años y 60 años o más constituyen proporciones marginales, inferiores al 5% en conjunto. Esto indica que la población encuestada en esta provincia se caracteriza predominantemente por una fuerza laboral joven.

En la provincia de Herrera, se observa una distribución distinta. Más de la mitad de la muestra (54.02%) se concentra en el grupo de 31 a 40 años, lo que evidencia un predominio claro de adultos jóvenes en esta categoría. El grupo de 21 a 30 años representa cerca de una cuarta parte de los participantes (24.14%), mientras que el segmento de 41 a 50 años corresponde aproximadamente a una quinta parte (18.97%). Al igual que en Los Santos, los grupos de mayor edad (51 a 59 años y 60 años o más) presentan proporciones reducidas, inferiores al 3% cada uno.

Comparativamente, ambas provincias comparten una estructura etaria predominantemente joven; sin embargo, en Los Santos la distribución se encuentra más equilibrada entre los dos primeros grupos (21–30 y 31–40 años), mientras que en Herrera se observa una concentración más marcada en el rango de 31 a 40 años. En conjunto, más de tres cuartas partes de la muestra total en ambas provincias se ubican por debajo de los 41 años, lo

que sugiere que el análisis de conocimiento, actitud y práctica se realiza en un contexto profesional mayoritariamente joven y en etapas tempranas o intermedias de desarrollo laboral.

Tabla 2

Nivel de formación académica y las variables de estudio del profesional de enfermería según provincia donde labora

Tabla 2 A

Formación académica (Los Santos)						
Indicador		Licenciatura (n=126)	Esp. clínicas (n=19)	Esp. comunitarias (n=5)	Gestión (n=4)	Totales (N=154)
Conocimiento alto	n	46	8	4	1	59
	%	36.5%	42.1%	80%	25%	38.3%
	χ^2	0.58	0.012	2.196	0.001	—
	p	0.446	0.911	0.138	0.973	—
Actitud positiva	n	111	11	5	4	131
	%	88.1%	57.9%	100%	100%	85.1%
	χ^2	3.783	10.273	0.099	0.019	—
	p	0.052	0.001	0.753	0.89	—
Práctica buena	n	123	19	5	4	151
	%	97.6%	100%	100%	100%	98.1%
	χ^2	0.005	0	0	0	—
	p	0.945	1	1	1	—

Nota. Especialidades clínicas asistenciales incluyen: Pediatría, Cuidados Intensivos, Gineco-obstetricia, Urgencias, Perioperatoria, Cardiovascular, Nefrología y Geriatria. Especialidades comunitarias y salud pública incluyen: Salud Mental, Ocupacional y Salud Pública.

Tabla 2 B

Formación académica (Herrera)						
Indicador		Licenciatura (n=146)	Esp. clínicas (n=24)	Esp. comunitarias (n=3)	Gestión (n=1)	Totales (N=174)
Conocimiento alto	n	48	13	0	0	61
	%	32.9%	54.2%	0%	0%	35.1%
	χ^2	1.347	3.545	0.453	0	—
	p	0.246	0.06	0.501	1	—
Actitud positiva	n	112	19	3	1	135
	%	76.7%	79.2%	100%	100%	77.6
	χ^2	0.147	0	0.058	0	—
	p	0.701	1	0.81	1	—
Práctica buena	n	145	24	3	1	173
	%	99.3%	100%	100%	100%	99.4%
	χ^2	0	0	0	0	—
	p	1	1	1	1	—

Nota. Especialidades clínicas asistenciales incluyen: Pediatría, Cuidados Intensivos, Gineco-obstetricia, Urgencias, Perioperatoria, Cardiovascular, Nefrología y Geriatria. Especialidades comunitarias y salud pública incluyen: Salud Mental, Ocupacional y Salud Pública.

Las Tablas 2A y 2B muestran la asociación entre la formación profesional y los tres componentes evaluados del cuidado humanizado: conocimiento alto, actitud positiva y práctica buena, diferenciando el comportamiento en las provincias de Los Santos y Herrera. Este enfoque resulta fundamental para comprender si el nivel o tipo de formación académica constituye un factor que influye en la consolidación cognitiva, actitudinal o conductual del cuidado.

En la provincia de Los Santos, la formación profesional mostró una asociación estadísticamente significativa únicamente con la actitud positiva en el grupo de especialidades clínicas asistenciales ($\chi^2 = 10.273$; $p = 0.001$). Este resultado indica que la formación clínica especializada se vincula de manera clara con una mayor disposición actitudinal hacia el cuidado humanizado. En este contexto, la formación parece incidir principalmente en el componente valorativo y relacional del cuidado.

En contraste, en el caso de la licenciatura sin postgrado y actitud positiva ($\chi^2 = 3.783$; $p = 0.052$), aunque el valor de p no fue inferior a 0.05, se situó muy próximo al umbral convencional. Este comportamiento sugiere una tendencia de asociación entre la formación básica universitaria y la actitud positiva, indicando que la formación académica podría influir en la dimensión actitudinal, aun cuando la evidencia no sea suficientemente fuerte para declararla significativa bajo el criterio estadístico tradicional.

Respecto al conocimiento alto en Los Santos, los valores de Chi-cuadrado (por ejemplo, $\chi^2 = 2.196$ en especialidades comunitarias) evidencian desviaciones respecto a la independencia absoluta, aunque no alcanzaron significancia estadística. Esto indica que existe cierta asociación entre formación profesional y nivel cognitivo, pero no con la magnitud necesaria para afirmar una influencia concluyente. En términos prácticos, la formación especializada podría contribuir al conocimiento, pero la variabilidad observada no fue suficiente para demostrar una relación sólida.

En cuanto a la práctica buena en Los Santos, no se evidenció asociación estadísticamente significativa con la formación profesional ($p \geq 0.945$). Sin embargo, descriptivamente se observó que todos los grupos formativos presentaron porcentajes

extremadamente altos de práctica buena (97.6% a 100%). Esta homogeneidad sugiere que la ejecución del cuidado humanizado no depende exclusivamente del tipo de formación académica, sino que podría estar mediada por factores como la experiencia clínica o la cultura institucional.

En la provincia de Herrera, el patrón fue diferente. La asociación más relevante se observó entre especialidades clínicas asistenciales y conocimiento alto ($\chi^2 = 3.545$; $p = 0.060$). Aunque no significativa bajo el criterio $p < 0.05$, el valor de chi-cuadrado superior a 1 indica una asociación estadística moderada, sugiriendo que la formación clínica especializada podría influir en la consolidación del componente cognitivo del cuidado humanizado. En este caso, la formación parece incidir más en el saber que en el componente actitudinal.

Por el contrario, en Herrera no se identificaron asociaciones relevantes entre formación profesional y actitud positiva, ni entre formación y práctica buena. Los porcentajes de práctica buena fueron prácticamente universales (99.3%–100%) en todos los grupos formativos, lo que nuevamente limita la posibilidad de detectar diferencias estadísticas atribuibles a la formación.

Al comparar ambas provincias, se evidencia que la formación profesional influye de manera diferenciada según el contexto. En Los Santos, la formación especializada se asoció principalmente con la actitud positiva, mientras que en Herrera la tendencia de asociación se concentró en el conocimiento alto. Esta diferencia sugiere que el impacto de la formación profesional no es uniforme, sino que depende del entorno institucional y organizacional donde se ejerce la práctica.

Es importante destacar que valores de Chi-cuadrado mayores que cero, aunque acompañados de $p > 0.05$, no implican ausencia total de asociación. Indican que existe cierta relación estadística entre formación profesional y el indicador evaluado, pero que dicha relación no alcanza el nivel de evidencia requerido bajo el criterio convencional de significancia. En este sentido, la formación profesional sí muestra influencia parcial en algunos componentes del cuidado humanizado, especialmente en el ámbito actitudinal en Los Santos y cognitivo en Herrera.

Tabla 3

Distribución de encuestados según años de experiencia laboral y las variables de estudio

Tabla 3 A

		Experiencia laboral (Los Santos)				
Indicador		≤5 años (n=33)	6–15 años (n=86)	16–25 años (n=27)	≥26 años (n=8)	Totales (N=154)
Conocimiento alto	n	13	32	11	3	59
	%	39.4%	37.2%	40.7%	37.5%	38.3%
	χ^2	0.213	0.234	1.893	0	—
	p	0.644	0.629	0.169	1	—
Actitud positiva	n	30	75	20	6	131
	%	90.9%	87.2%	74.1%	75%	85.1%
	χ^2	0.62	0.375	2.152	0.097	—
	p	0.431	0.541	0.142	0.756	—
Práctica buena	n	33	84	26	8	151
	%	100%	97.7%	96.3%	100%	98.1%
	χ^2	0.041	0	0	0	—
	p	0.839	1	1	1	—

Nota. Los valores de χ^2 corresponden a contrastes independientes 2×2 (cada grupo de experiencia vs. el resto). Los porcentajes están calculados sobre el total de cada grupo de experiencia.

Tabla 3 B

Indicador		Experiencia laboral (Herrera)				Totales (N=174)
		≤5 años (n=39)	6–15 años (n=94)	16–25 años (n=33)	≥26 años (n=8)	
Conocimiento alto	n	14	32	12	3	61
	%	35.9	34	36.4	37.5	35.1
	χ^2	0.148	0.098	0.001	0	—
	p	0.7	0.754	0.981	1	—
Actitud positiva	n	33	70	26	6	135
	%	84.6	74.5	78.8	75	77.6
	χ^2	0.925	0.16	0.036	0.016	—
	p	0.336	0.689	0.85	0.9	—
Práctica buena	n	39	93	33	8	173
	%	100	98.9	100	100	99.4
	χ^2	0	0	0	0	—
	p	1	1	1	1	—

Las Tablas 3A y 3B presentan la asociación entre los años de experiencia laboral y las dimensiones conocimiento alto, actitud positiva y práctica buena del cuidado humanizado en las provincias de Los Santos y Herrera. El análisis se realizó mediante contrastes independientes 2×2 (cada grupo de experiencia versus el resto), permitiendo observar la influencia específica de cada tramo de experiencia sobre las variables estudiadas.

En la provincia de Los Santos, los valores de chi cuadrado de Pearson (χ^2) mostraron variaciones entre los grupos de experiencia, aunque ninguno alcanzó el nivel convencional de significancia estadística ($p < 0.05$). No obstante, el grupo de 16–25 años presentó los valores

más elevados en conocimiento alto ($\chi^2 = 1.893$; $p = 0.169$) y actitud positiva ($\chi^2 = 2.152$; $p = 0.142$), evidenciando una asociación estadística más marcada en comparación con los demás tramos. Aunque estos valores no fueron significativos, la magnitud del estadístico indica una desviación relevante respecto a la independencia, lo que sugiere que la experiencia intermedia podría influir en el componente cognitivo y actitudinal del cuidado humanizado.

En los grupos ≤ 5 años y 6–15 años, los valores de χ^2 fueron inferiores a 1 en la mayoría de los casos, reflejando asociaciones estadísticas débiles. En cuanto a la práctica buena, los valores fueron prácticamente nulos en todos los grupos (χ^2 cercano a 0), lo cual se explica por la alta homogeneidad observada en esta variable (96%–100%), fenómeno que limita la variabilidad necesaria para detectar diferencias estadísticas.

En la provincia de Herrera, el comportamiento fue similar. Los valores de χ^2 se mantuvieron por debajo de 1 en casi todos los grupos y variables, indicando asociaciones estadísticas leves entre experiencia laboral y las dimensiones evaluadas. El grupo ≤ 5 años mostró el mayor valor en actitud positiva ($\chi^2 = 0.925$; $p = 0.336$), lo que sugiere una tendencia de asociación más visible en profesionales con menor experiencia, aunque sin alcanzar significancia. En conocimiento alto, los valores fueron bajos y relativamente estables entre los grupos ($\chi^2 \leq 0.148$), lo que indica que el componente cognitivo no varía de manera sustancial según los años de experiencia en esta provincia.

En práctica buena, al igual que en Los Santos, los valores de χ^2 fueron prácticamente nulos (0.000), debido a la elevada proporción de práctica buena en todos los tramos de experiencia (98.9%–100%), lo que reduce la posibilidad de identificar diferencias atribuibles a la experiencia laboral.

De manera general, los resultados indican que los años de experiencia laboral muestran asociaciones estadísticas leves con el conocimiento y la actitud hacia el cuidado humanizado, siendo más evidentes en el tramo intermedio (16–25 años) en Los Santos y en el grupo ≤ 5 años en Herrera. Aunque no se evidenció significancia estadística convencional, los valores de χ^2 distintos de cero reflejan que existe cierta relación entre la experiencia profesional y las dimensiones evaluadas, lo cual resulta relevante dentro del enfoque analítico del estudio.

En síntesis, la experiencia laboral parece influir de forma moderada en los componentes cognitivo y actitudinal del cuidado humanizado, mientras que la práctica buena se mantiene elevada independientemente del tiempo de ejercicio profesional, lo que sugiere que esta dimensión podría estar más vinculada a factores institucionales o culturales que a la experiencia acumulada.

Tabla 4

Área de desempeño laboral de los profesionales de enfermería según provincia donde laboran

Área en la que labora	Provincia donde labora	
	Los Santos %	Herrera %
Área Clínica Hospitalaria	68.20%	46.00%
Área Crítica	11.70%	25.90%
Área Quirúrgica	5.80%	16.10%
Atención Primaria	4.50%	5.70%
Salud Mental	1.30%	1.10%
Área Administrativa	6.50%	4.60%
Sector Privado	1.90%	0.60%
Total	100%	100%

Nota. Las áreas corresponden a: área clínica hospitalaria incluye medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, geriatría, ortopedia, hemodiálisis, oncología y consulta externa. Área crítica incluye unidad de cuidados intensivos, unidad coronaria y urgencias. Área quirúrgica incluye sala de cirugía y salón de operaciones.

En relación con el área donde laboraba el profesional de enfermería al momento del estudio, se observaron diferencias en la distribución entre las provincias de Los Santos y Herrera. En Los Santos predominó el desempeño en el área clínica hospitalaria (68.2%), lo que indicó que más de dos tercios de los profesionales se concentró en servicios de atención directa en salas de hospitalización y consulta especializada. En Herrera, aunque esta área también representó la mayor proporción (46.0%), el porcentaje fue menor en comparación con Los Santos, evidenciando una distribución más diversificada.

Asimismo, en Herrera se registró una mayor representación en el área crítica (25.9%) y en el área quirúrgica (16.1%) en comparación con Los Santos (11.7% y 5.8%, respectivamente). Estos resultados reflejaron una participación proporcionalmente más elevada en servicios de mayor complejidad en la provincia de Herrera.

Las áreas de atención primaria, salud mental, administración y sector privado presentaron porcentajes menores en ambas provincias, con variaciones discretas entre ellas. No obstante, la atención primaria mantuvo una proporción relativamente similar en ambos contextos, mientras que el sector privado representó una participación limitada dentro de la muestra.

Tabla 5*Nivel de conocimiento sobre el cuidado humanizado en el profesional de enfermería*

Provincia donde labora		Nivel de conocimiento			Totales
		Alto	Medio	Bajo	
Los Santos	Fr	59	68	27	154
	%	38.3	44.2	17.5	100
Herrera	Fr	61	61	52	174
	%	35.1	35.1	29.9	100.1
Totales	Fr	120	129	79	328
	%	37	39	24	100

Nota. Los porcentajes fueron calculados con base en el total de la provincia de Los Santos y Herrera.

En la provincia de Los Santos, el nivel predominante fue el conocimiento medio, que representa poco más de dos quintas partes de la muestra (44.2%). Le sigue el nivel alto con 38.3%, mientras que el nivel bajo corresponde a menos de una quinta parte (17.5%). Esto indica que, en esta provincia, más de cuatro quintas partes de los profesionales se concentra entre los niveles medio y alto, evidenciando una base cognitiva mayoritariamente favorable respecto al cuidado humanizado.

En la provincia de Herrera, la distribución muestra un patrón más equilibrado entre los niveles alto y medio, ambos con 35.1%. No obstante, el nivel bajo alcanza una proporción más elevada que en Los Santos (29.9%), aproximándose a casi un tercio de la muestra provincial. Este comportamiento sugiere una mayor dispersión en el dominio conceptual dentro de Herrera, con una presencia más marcada de profesionales en nivel bajo en comparación con la otra provincia.

Al analizar el total combinado ($n = 328$), se observa que el nivel medio constituye la categoría más frecuente (39%), seguido del nivel alto (37%), mientras que el nivel bajo

representa aproximadamente una cuarta parte del total (24%). En términos generales, cerca de tres cuartas partes de la muestra global se ubican en niveles medio y alto, lo que refleja una tendencia global hacia conocimientos moderados a elevados sobre el cuidado humanizado.

Comparativamente, Los Santos presenta una estructura más concentrada en niveles intermedios y altos, mientras que Herrera evidencia una mayor proporción de nivel bajo. Esta diferencia podría tener implicaciones en la interpretación posterior de las variables actitud y práctica dentro de cada contexto provincial.

Tabla 6

Nivel de actitud hacia el cuidado humanizado del profesional de enfermería

Provincia donde labora		Actitud hacia el cuidado humanizado		Totales
		Positiva	Negativa	
Los Santos	Fr	131	23	154
	%	85.1	14.9	100
Herrera	Fr	135	39	174
	%	78	22	100
Totales	Fr	266	62	328
	%	81.1	18.9	328

Nota. Los porcentajes fueron calculados con base en el total de la provincia de Los Santos y Herrera.

En Los Santos, la actitud positiva es claramente predominante, concentrando más de cuatro quintas partes de la muestra (85.1%), mientras que la actitud negativa representa menos de una sexta parte (14.9%). Esto evidencia que, en esta provincia, la disposición favorable hacia el cuidado humanizado constituye el patrón dominante entre el profesional de enfermería.

Por otro lado, en Herrera, aunque también predomina la actitud positiva, la proporción es ligeramente menor en comparación con Los Santos. Del total provincial, 135 profesionales manifestaron actitud positiva frente a 39 con actitud negativa. Esto indica que, si bien la tendencia general es favorable, la presencia de actitud negativa es relativamente mayor que en Los Santos.

Al considerar el total combinado de ambas provincias (n = 328), se observa que más de cuatro quintas partes de la muestra global (81.1%) mantienen una actitud positiva hacia el cuidado humanizado, mientras que aproximadamente una quinta parte (18.9%) presenta actitud negativa. En términos comparativos, puede señalarse que ambas provincias comparten una orientación mayoritariamente favorable; sin embargo, Los Santos muestra una proporción ligeramente superior de actitud positiva, mientras que Herrera presenta mayor dispersión en esta dimensión. Este comportamiento resulta relevante para el análisis posterior de la relación entre conocimiento, actitud y práctica, ya que la disposición actitudinal constituye un componente esencial en la consolidación del cuidado humanizado.

Tabla 7

Nivel de práctica del cuidado humanizado en el profesional de enfermería

Provincia donde labora		Nivel de práctica del cuidado humanizado			Totales
		Bueno	Regular	Deficiente	
Los Santos	Fr	151	3	0	154
	%	98.1	1.9	0	100
Herrera	Fr	173	0	1	174
	%	99.4	0	0.6	100
Totales	Fr	324	3	0.6	327
	%	98.8	0.009	0.002	100

Nota. Los porcentajes fueron calculados con base en el total de la provincia de Los Santos.

En Los Santos, la práctica buena constituye el patrón ampliamente predominante, concentrando prácticamente la totalidad de la muestra (98.1%). La práctica regular representa una proporción mínima (1.9%) y no se registraron casos de práctica deficiente. Esto indica que, en esta provincia, la ejecución del cuidado humanizado se encuentra sólidamente consolidada en términos operativos.

En Herrera, el comportamiento es incluso más homogéneo. La práctica buena alcanza el 99.4% de los profesionales, no se reportan casos de práctica regular y únicamente se observa un caso aislado de práctica deficiente (0.6%). Esto refleja un nivel de desempeño marcadamente uniforme.

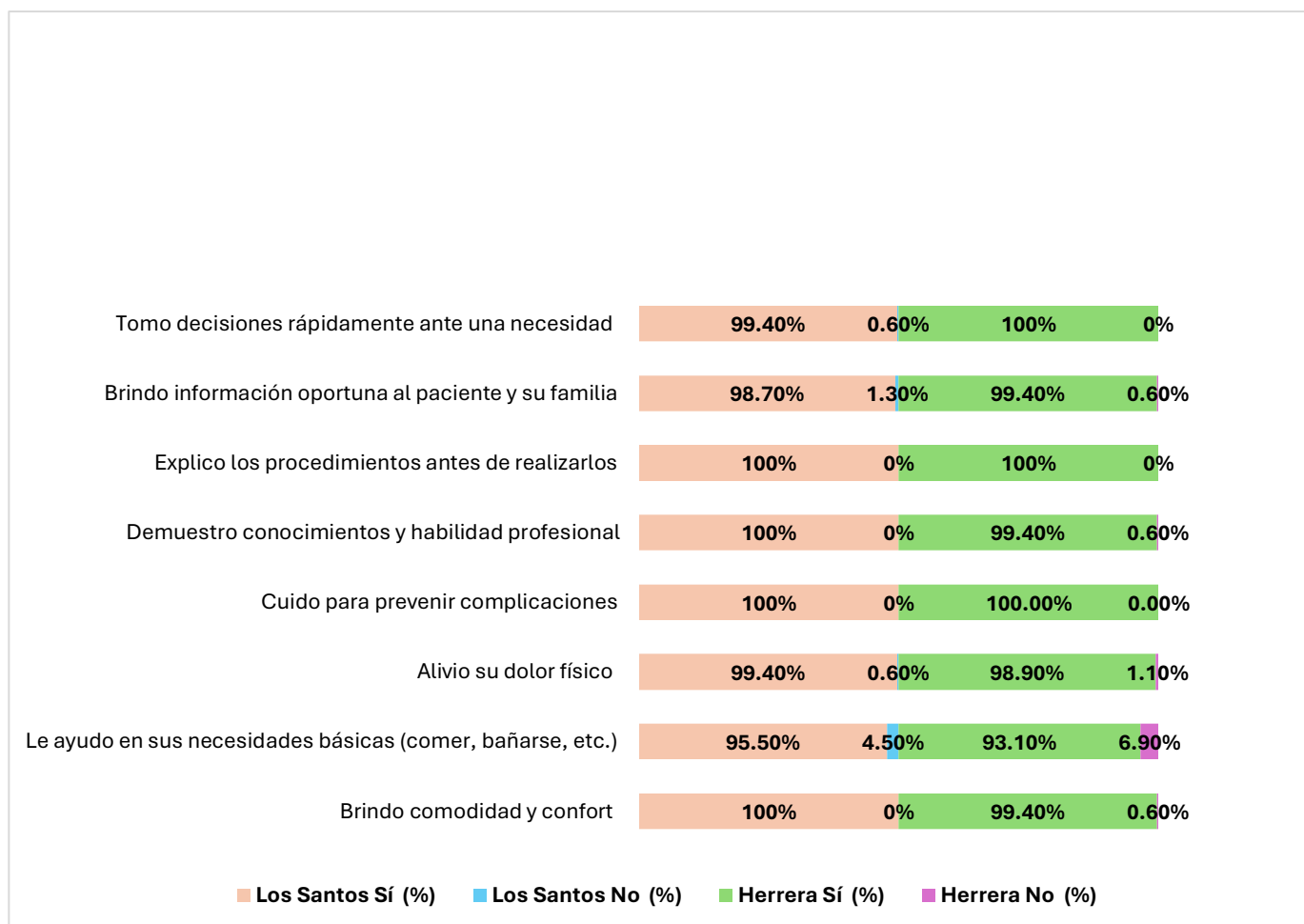
Al analizar el total combinado de ambas provincias ($n = 327$), se evidencia que casi la totalidad de la muestra (98.8%) presenta práctica buena, mientras que las categorías regular y deficiente representan proporciones residuales. En términos técnicos, más de nueve de cada diez profesionales ejecutan el cuidado humanizado en un nivel considerado adecuado.

Comparativamente, ambas provincias muestran un comportamiento muy similar, con predominio absoluto de la práctica buena y escasa variabilidad interna. Esta homogeneidad resulta relevante para los análisis posteriores de asociación, ya que la limitada dispersión en la variable práctica puede reducir la capacidad estadística para detectar diferencias significativas al relacionarla con conocimiento o actitud.

Dimensiones de práctica de cuidado humanizado

Figura 3

Encuestados según las prácticas del cuidado humanizado aplicados en la atención de la dimensión biológica del paciente



En la dimensión biológica se observa un patrón de desempeño elevado en ambas provincias; sin embargo, el análisis permite distinguir matices entre Los Santos y Herrera.

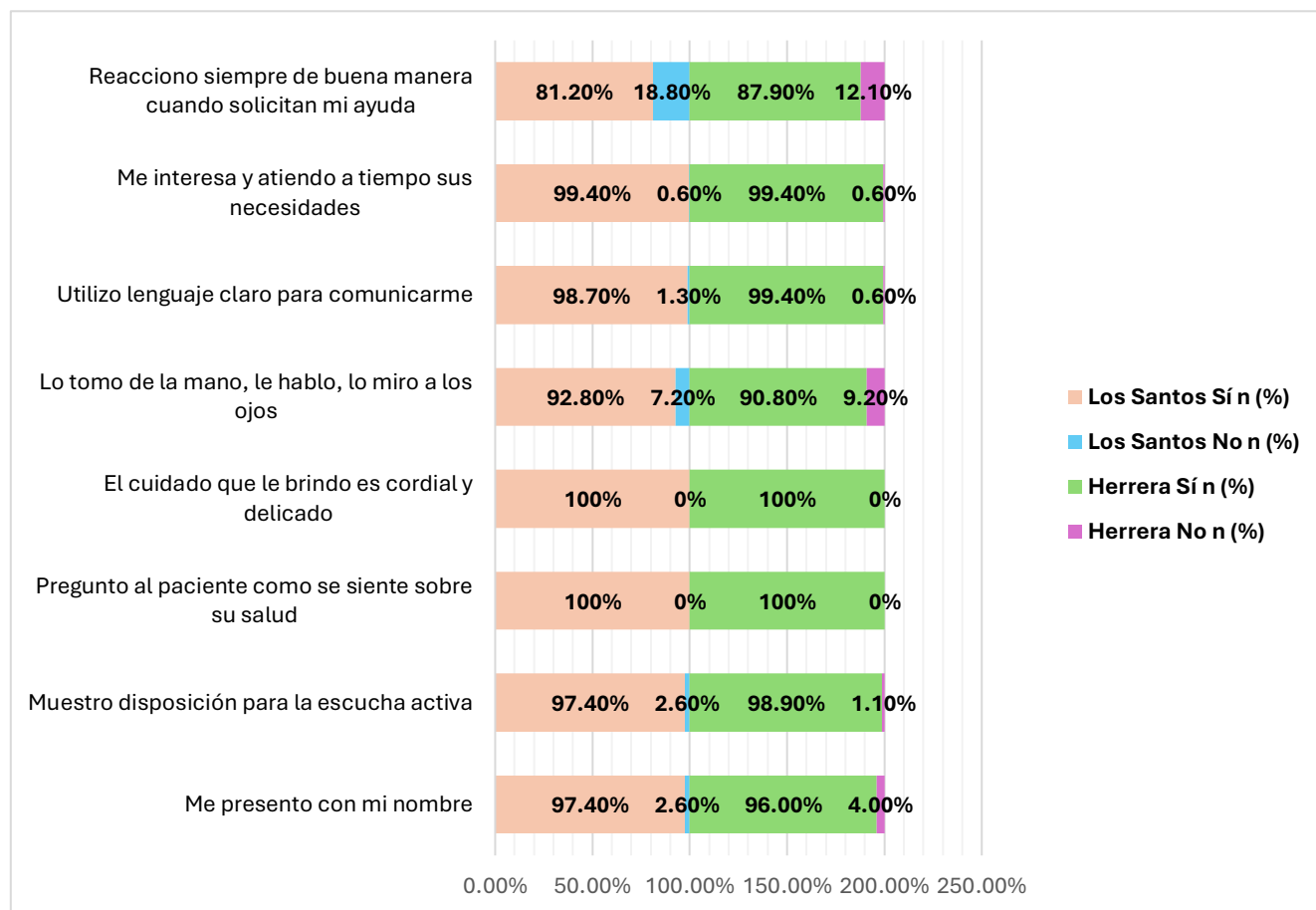
En Los Santos, prácticamente la totalidad de los profesionales manifestó realizar acciones vinculadas con la competencia técnica y la atención física del paciente. En varios ítems como la explicación de procedimientos, la prevención de complicaciones y la demostración de habilidades profesionales las respuestas afirmativas alcanzaron el 100%. Incluso en los indicadores con menor proporción, como el apoyo en necesidades básicas, las respuestas positivas se mantuvieron por encima del 95%. Esto evidencia una ejecución altamente homogénea y con mínima variabilidad interna.

En Herrera, el comportamiento fue igualmente elevado, con porcentajes de respuesta afirmativa que en la mayoría de los ítems oscilaron entre el 98% y el 100%. No obstante, en algunos reactivos como el acompañamiento en necesidades básicas se observa una ligera disminución respecto a Los Santos, aunque sin representar una diferencia estructural importante. Las respuestas negativas fueron escasas y se mantuvieron en proporciones mínimas.

Comparativamente, ambas provincias muestran una consolidación clara de la dimensión biológica del cuidado. La similitud en los niveles de respuesta sugiere que las prácticas relacionadas con la atención física y la competencia técnica están ampliamente institucionalizadas en ambos contextos. Las variaciones observadas son leves y no alteran el patrón general de desempeño alto.

Figura 4

Encuestados según las prácticas del cuidado humanizado aplicados en la atención de la dimensión emocional del paciente



En la dimensión emocional, aunque los resultados muestran un predominio general de respuestas afirmativas en ambas provincias, se identifican disminuciones específicas que merecen atención por su impacto directo en la experiencia del paciente.

En Los Santos, si bien varios indicadores alcanzan el 100% como el trato cordial y preguntar al paciente cómo se siente y otros se mantienen por encima del 98%, el ítem “reacciono siempre de buena manera cuando solicitan mi ayuda” desciende a 81.2%, lo que

implica que casi una quinta parte de los profesionales no responde afirmativamente a esta conducta. Asimismo, el contacto interpersonal cercano (tomarlo de la mano, hablarle y mirarlo a los ojos) se ubica en 92.8%, evidenciando una disminución respecto a otros indicadores de la dimensión.

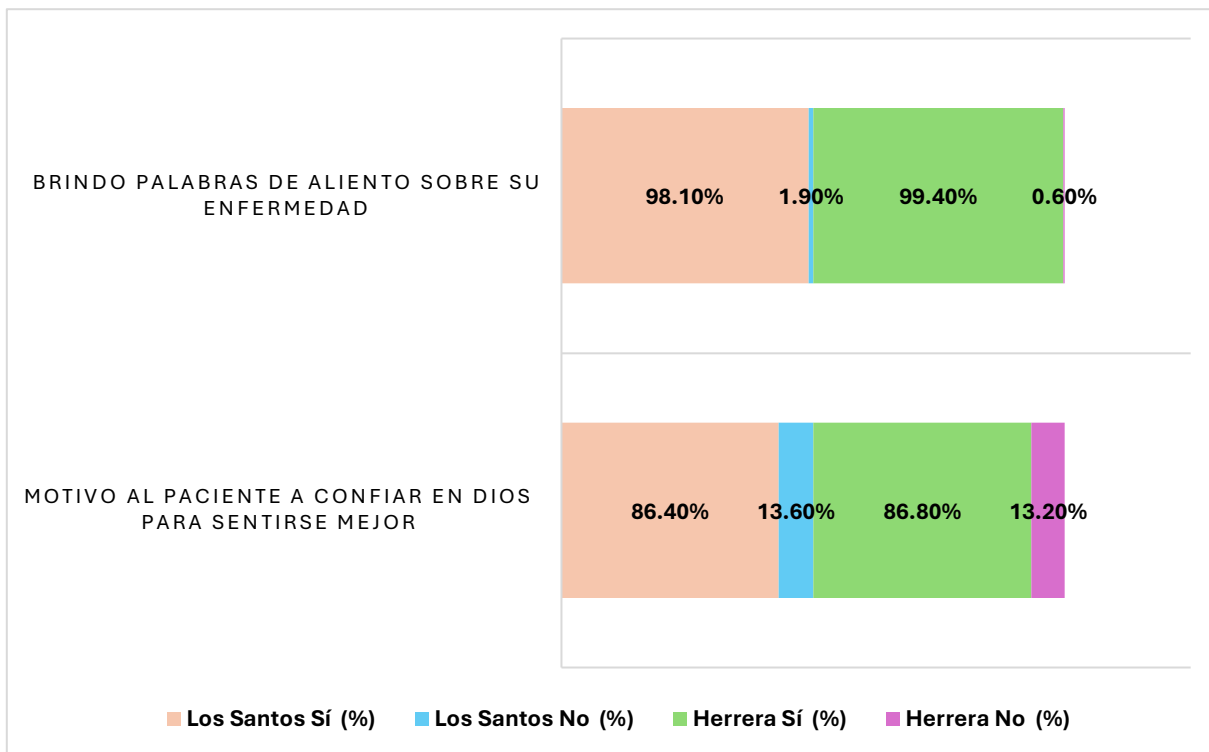
En Herrera, se observa un patrón similar. Aunque varios ítems alcanzan el 100% y la mayoría supera el 96%, la reacción ante la solicitud de ayuda desciende a 87.9%, y el contacto interpersonal directo se sitúa en 90.8%. Estas cifras, aunque continúan siendo altas, representan las proporciones más bajas dentro de la dimensión emocional en esta provincia.

Desde una perspectiva interpretativa, estas disminuciones no son menores. A diferencia de la dimensión biológica centrada en procedimientos y competencia técnica la dimensión emocional incide directamente en la percepción de acompañamiento, seguridad y confort del paciente. La forma en que el profesional reacciona ante una solicitud o establece contacto visual y físico influye en la confianza, la sensación de escucha y la calidad subjetiva del cuidado recibido.

En consecuencia, aunque el componente emocional se encuentra ampliamente fortalecido en ambas provincias, las variaciones observadas en estos indicadores sugieren áreas susceptibles de mejora. La reducción en estas conductas puede afectar la experiencia del paciente, especialmente en contextos de vulnerabilidad, donde la respuesta oportuna y la interacción empática constituyen elementos centrales del cuidado humanizado.

Figura 5

Encuestados según las prácticas del cuidado humanizado aplicados en la atención de la dimensión espiritual del paciente



En la dimensión espiritual, conformada por los ítems “brindo palabras de aliento sobre su enfermedad” y “motivo al paciente a confiar en Dios para sentirse mejor”, se observa un comportamiento diferenciado entre el acompañamiento general y la intervención explícitamente religiosa.

En el primer reactivo, relacionado con brindar palabras de aliento, los resultados fueron ampliamente favorables en ambas provincias. En Los Santos el 98.1% indicó realizar esta práctica, mientras que en Herrera la proporción fue de 99.4%. Las respuestas negativas fueron inferiores al 2%, lo que evidencia que el apoyo verbal y el refuerzo de esperanza

forman parte del ejercicio cotidiano del cuidado. Este tipo de acompañamiento incide directamente en el confort emocional del paciente, favoreciendo la sensación de seguridad y cercanía profesional.

Sin embargo, el segundo ítem muestra una variación más marcada. Al preguntar si el profesional motiva al paciente a confiar en Dios para sentirse mejor, las respuestas afirmativas se ubicaron por debajo del 87% en ambas provincias, lo que implica que aproximadamente más de una décima parte de los profesionales no realiza esta práctica. Esta proporción negativa superior al 13% representa la disminución más relevante dentro de la dimensión espiritual.

Desde el punto de vista interpretativo, esta diferencia es significativa. Mientras las palabras de aliento constituyen una forma universal de apoyo, la referencia explícita a Dios introduce un componente religioso específico que puede depender de las creencias personales del paciente y del profesional. No obstante, en términos de confort, para pacientes con fuerte convicción religiosa, la ausencia de este acompañamiento puede limitar la percepción de apoyo integral.

Comparativamente, ambas provincias muestran un patrón muy similar: alto nivel de acompañamiento espiritual general, pero mayor variabilidad cuando el apoyo se vincula directamente con la fe en Dios. Esto sugiere que el cuidado espiritual está presente, aunque su expresión religiosa explícita no es completamente homogénea.

En síntesis, la dimensión espiritual evidencia una sólida práctica de apoyo esperanzador; sin embargo, la reducción observada en el componente religioso específico

señala un área donde el cuidado humanizado puede fortalecerse, siempre dentro del respeto a la autonomía y diversidad de creencias del paciente.

Tabla 8

Distribución porcentual de encuestados según nivel de conocimientos, actitud y práctica del cuidado humanizado

Tabla 8 A

Nivel de conocimiento	Los Santos			
	Nivel actitud		Nivel de práctica	
	Positiva	Negativa	Buena	Deficiente
Alto	39.70%	30.40%	39.10%	0.00%
Medio	43.50%	47.80%	43.70%	66.70%
Bajo	16.80%	21.70%	17.20%	33.30%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Tabla 8 B

Nivel de conocimiento	Herrera			
	Nivel actitud		Práctica	
	Positiva	Negativa	Buena	Deficiente
Alto	37.80%	25.60%	35.30%	0.00%
Medio	28.10%	59.00%	35.30%	0.00%
Bajo	34.10%	15.40%	29.50%	100.00%
Totales	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

La Tabla 8A y 8B muestran la distribución porcentual del nivel de conocimiento en relación con la actitud y la práctica del cuidado humanizado en ambas provincias.

En Los Santos, el nivel medio concentró la mayor proporción de la muestra, representando alrededor de dos quintas partes en las categorías de actitud y práctica. El nivel alto agrupó aproximadamente otro 40%, mientras que el nivel bajo representó cerca de una quinta parte. En cuanto a la práctica, se observa que casi dos tercios de los casos de práctica deficiente se ubicaron en el nivel medio y un tercio en el nivel bajo, mientras que el nivel alto no registró casos en esta categoría. Esto sugiere que, aunque la práctica buena predominó globalmente, la distribución de la práctica menos favorable se concentró en niveles cognitivos inferiores o intermedios.

En Herrera, la actitud negativa se concentró principalmente en el nivel medio (casi 60%), mientras que los niveles alto y bajo mostraron mayor proporción de actitud positiva. Respecto a la práctica, los casos de práctica deficiente se ubicaron exclusivamente en el nivel bajo (100%), mientras que los niveles alto y medio no presentaron registros en esta categoría. Este patrón indica una mayor delimitación del desempeño menos favorable en el segmento con menor nivel de conocimiento.

En conjunto, los resultados descriptivos evidencian que, aunque la práctica buena y la actitud positiva predominan en ambas provincias, la distribución interna no es completamente homogénea. Se observan concentraciones específicas en determinados niveles cognitivos, lo que aporta contexto interpretativo para los análisis de asociación posteriores.

Tabla 9

Asociación entre el nivel de conocimiento y prácticas del cuidado humanizado de encuestados

Tabla 9 A

Nivel de conocimiento	Nivel de práctica	Los Santos			
		n	%	χ^2	p
Alto	Buena	59	100%	0.607	0.436
	Regular	0	0%	0.607	0.436
	Deficiente	0	0%	—	—
Medio	Buena	66	97.10%	0.042	0.837
	Regular	2	2.90%	0.042	0.837
	Deficiente	0	0%	—	—
Bajo	Buena	26	96.30%	0	1
	Regular	1	3.70%	0	1
	Deficiente	0	0%	—	—
Total		154	100%		

Nota. χ^2 corresponde a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson en análisis 2×2 independientes. No se realizó prueba estadística en categorías sin variabilidad debido a ausencia total de casos.

Tabla 9 B

Nivel de conocimiento	Nivel de práctica	Herrera			
		n	%	χ^2	p
Alto	Buena	61	100%	0.542	0.461
	Regular	0	0%	—	—
	Deficiente	0	0%	0.542	0.461
Medio	Buena	61	100%	0.542	0.461
	Regular	0	0%	—	—
	Deficiente	0	0%	0.542	0.461
Bajo	Buena	51	98.10%	2.347	0.125

	Regular	0	0%	—	—
	Deficiente	1	1.90%	2.347	0.125
Total		174	100%		

Nota. χ^2 corresponde a la prueba de Chi-cuadrado de Pearson en análisis 2×2 independientes. No se realizó prueba estadística en categorías sin variabilidad debido a ausencia total de casos.

El análisis conjunto entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica del cuidado humanizado en las provincias de Los Santos y Herrera evidenció un comportamiento homogéneo en ambas poblaciones, caracterizado por una marcada predominancia de práctica buena en todos los niveles de conocimiento.

En Los Santos, la práctica buena alcanzó el 100% en el nivel alto, 97.1% en el nivel medio y 96.3% en el nivel bajo. La práctica regular fue mínima y no se registraron casos de práctica deficiente. Desde el plano inferencial, los contrastes dicotómicos arrojaron valores de $\chi^2 = 0.607$ ($p = 0.436$) en el nivel alto, $\chi^2 = 0.042$ ($p = 0.837$) en el nivel medio y $\chi^2 = 0.000$ ($p = 1.000$) en el nivel bajo. Si bien estos resultados no alcanzan significancia estadística convencional, los valores de chi-cuadrado inferiores a 1 reflejan una proximidad estructural entre las variables, sugiriendo un comportamiento estadístico alineado y no contradictorio entre conocimiento y práctica.

En otras palabras, aunque no se evidencian diferencias proporcionales suficientes para establecer asociación significativa, tampoco se observa dispersión o comportamiento errático entre las categorías. La coherencia descriptiva especialmente el 100% de práctica buena en el nivel alto, apunta a una relación consistente, aunque no diferenciadora frente a los demás niveles.

En Herrera, el patrón fue aún más uniforme: la práctica buena alcanzó el 100% en los niveles alto y medio, y 98.1% en el nivel bajo, registrándose únicamente un 1.9% de práctica deficiente. Los valores obtenidos ($\chi^2 = 0.542$; $p = 0.461$ en niveles alto y medio; $\chi^2 = 2.347$; $p = 0.125$ en el nivel bajo) tampoco alcanzaron significancia estadística. No obstante, los valores de χ^2 inferiores a 1 en la mayoría de los contrastes indican una tendencia de estabilidad y correspondencia entre las variables. Incluso en el nivel bajo, donde el estadístico fue mayor, el comportamiento continúa mostrando proximidad estructural más que divergencia marcada.

Es importante señalar que la ausencia de significancia no equivale a inexistencia de relación. En ambos contextos provinciales, la práctica del cuidado humanizado se mantuvo elevada y coherente con el nivel de conocimiento, especialmente en el nivel alto. Sin embargo, al mantenerse esta práctica igualmente elevada en los niveles medio y bajo, se reduce la variabilidad necesaria para que la prueba detecte diferencias estadísticamente significativas.

En consecuencia, tanto en Los Santos como en Herrera se observa un patrón de independencia inferencial, pero con una correspondencia estadística estable entre conocimiento y práctica. Esto sugiere que la práctica del cuidado humanizado se encuentra consolidada transversalmente en la muestra, mostrando coherencia estructural con el conocimiento, aunque sin diferencias proporcionales suficientes para establecer asociación significativa bajo criterios tradicionales.

Tabla 10

Asociación entre el nivel de conocimiento y nivel de actitud hacia el cuidado humanizado de encuestados

Tabla 10 A

Nivel de conocimiento	Nivel de actitud	n	Los Santos		
			%	Chi-cuadrado de Pearson	p
Alto	Positiva	52	88.10%	0.372	0.542
	Negativa	7	11.90%	0.372	0.542
Medio	Positiva	57	83.80%	0.025	0.875
	Negativa	11	16.20%	0.025	0.875
Bajo	Positiva	22	81.50%	0.077	0.781
	Negativa	5	18.50%	0.077	0.781
Total		154	100%		

Nota. Cada valor de Chi-cuadrado corresponde a un contraste 2×2 independiente entre el nivel específico de conocimiento y la categoría dicotomizada de actitud; $\chi^2(1)$ indica un grado de libertad en cada prueba.

Tabla 10 B

Nivel de conocimiento	Nivel de actitud	n	Herrera		
			%	Chi-cuadrado de Pearson	p
Alto	Positiva	51	83.60%	1.461	0.227
	Negativa	10	16.40%	1.461	0.227
Medio	Positiva	38	62.30%	11.312	0.001
	Negativa	23	37.70%	11.312	0.001
Bajo	Positiva	46	88.50%	4.192	0.041
	Negativa	6	11.50%	4.192	0.041

Total	174	100%
-------	-----	------

Nota. Los valores de Chi-cuadrado corresponden a contrastes dicotómicos (categoría específica vs resto).

El análisis de la asociación entre nivel de conocimiento y actitud hacia el cuidado humanizado evidenció comportamientos diferenciados entre las provincias de Los Santos y Herrera.

En Los Santos, la actitud positiva predominó en los tres niveles de conocimiento: 88.1% en el nivel alto, 83.8% en el nivel medio y 81.5% en el nivel bajo. Aunque se aprecia una ligera disminución porcentual a medida que desciende el nivel cognitivo, en todos los grupos más de cuatro quintas partes de los profesionales mantuvieron una disposición favorable. Los valores de chi-cuadrado fueron bajos ($\chi^2 = 0.372$; $\chi^2 = 0.025$; $\chi^2 = 0.077$) y no alcanzaron significancia estadística ($p > .05$), lo que indica ausencia de asociación inferencial. No obstante, los valores inferiores a 1 reflejan estabilidad proporcional y cercanía estructural entre las variables, sugiriendo coherencia estadística más que dispersión. En este contexto, la actitud favorable se comportó como un rasgo transversal, sin depender del nivel de conocimiento.

En Herrera, la distribución mostró mayor variabilidad según el nivel cognitivo. En el nivel alto predominó la actitud positiva (83.6%), sin evidenciarse asociación estadística significativa ($\chi^2 = 1.461$; $p = 0.227$). Sin embargo, en el nivel medio se registró una proporción más equilibrada entre actitud positiva (62.3%) y negativa (37.7%), generándose asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 11.312$; $p = 0.001$). De forma similar, en el nivel bajo, aunque la actitud positiva fue mayoritaria (88.5%), la variación proporcional fue suficiente para producir asociación significativa ($\chi^2 = 4.192$; $p = 0.041$).

En conjunto, los resultados muestran que mientras en Los Santos predomina un patrón de estabilidad e independencia estadística con correspondencia estructural cercana entre conocimiento y actitud, en Herrera la relación se comporta de manera diferencial según el nivel analizado. Esto sugiere que la influencia del conocimiento sobre la actitud no es uniforme entre contextos, evidenciando dinámicas provinciales distintas en la configuración del cuidado humanizado.

Tabla 11

Asociación entre el nivel de actitud y prácticas del cuidado humanizado de encuestados

Tabla 11 A

		Los Santos			
Nivel de actitud	Nivel de práctica	n	%	Chi-cuadrado de Pearson	p
Positiva	Buena	130	99.20%	6.445	0.011
	Regular	1	0.80%	6.445	0.011
	Deficiente	0	0.00%	—	
Negativa	Buena	21	91.30%	6.445	0.011
	Regular	2	8.70%	6.445	0.011
	Deficiente	0	0.00%	—	
Total		154	100%		

Nota. Los valores de Chi-cuadrado corresponden a contrastes dicotómicos (categoría específica vs resto). No se estimó estadístico en práctica deficiente debido a ausencia de casos.

Tabla 11 B

Herrera					
Nivel de actitud	Nivel de práctica	n	%	Chi-cuadrado de Pearson	p
Positiva	Buena	135	100.00%	3.48	0.062
	Deficiente	0	0.00%	3.48	0.062
Negativa	Buena	38	97.40%	3.48	0.062
	Deficiente	1	2.60%	3.48	0.062
Total		174	100%		

Nota. Los valores de Chi-cuadrado de Pearson corresponden a contrastes dicotómicos (nivel específico vs. resto de categorías).

El análisis de la asociación entre nivel de actitud y nivel de práctica del cuidado humanizado evidenció comportamientos diferenciados entre las provincias de Los Santos y Herrera.

En la provincia de Los Santos, la práctica buena predominó en ambos niveles de actitud. En el grupo con actitud positiva, el 99.2% manifestó práctica buena y solo el 0.8% práctica regular, sin registrarse casos de práctica deficiente. En el grupo con actitud negativa, aunque la práctica buena continuó siendo mayoritaria (91.3%), se observó una mayor proporción de práctica regular (8.7%). Desde el plano descriptivo, estos datos muestran que la disposición favorable hacia el cuidado humanizado se acompañó casi en su totalidad de una ejecución adecuada, mientras que la actitud negativa presentó mayor variabilidad en el desempeño.

En el análisis inferencial, el contraste dicotómico arrojó un valor de $\chi^2 = 6.445$ con $p = 0.011$, evidenciando asociación estadísticamente significativa entre actitud y práctica en esta provincia. Este resultado indica que la distribución de la práctica no fue independiente del nivel actitudinal, sino que presentó diferencias proporcionales suficientes para superar el umbral convencional de significancia ($\alpha = 0.05$). En términos analíticos, la mayor dispersión observada en el grupo con actitud negativa fue determinante para que el estadístico detectara asociación. Esto sugiere que la actitud favorable no solo se relaciona con alta frecuencia de práctica buena, sino con mayor estabilidad y consistencia en la ejecución del cuidado humanizado. En consecuencia, en Los Santos la dimensión actitudinal se comportó como variable asociada a la práctica, constituyéndose en un elemento diferenciador dentro del desempeño profesional.

En la provincia de Herrera, la práctica buena también se presentó como patrón dominante en ambos niveles de actitud. En el grupo con actitud positiva, el 100% manifestó práctica buena, sin registrarse casos de práctica deficiente. En el grupo con actitud negativa, la práctica buena fue igualmente mayoritaria (97.4%), observándose únicamente un 2.6% de práctica deficiente. Descriptivamente, la correspondencia entre actitud positiva y práctica buena fue prácticamente absoluta, evidenciando coherencia entre la disposición favorable y la ejecución profesional.

Sin embargo, desde el punto de vista inferencial, el valor obtenido ($\chi^2 = 3.48$; $p = 0.062$) no alcanzó el umbral convencional de significancia. Aunque el resultado no permite afirmar asociación estadística formal, el valor de p cercano a 0.05 sugiere una tendencia de asociación. La ausencia de significación se explica principalmente por la escasa variabilidad

en la práctica, la cual se mantuvo elevada en prácticamente toda la muestra, limitando la capacidad del contraste para detectar diferencias proporcionales más marcadas.

En conjunto, los resultados muestran que mientras en Los Santos la actitud se comportó como variable asociada a la práctica del cuidado humanizado, en Herrera se observó una correspondencia descriptiva con tendencia estadística, pero sin alcanzar significancia convencional. En ambas provincias, la práctica buena se presentó como comportamiento ampliamente consolidado, especialmente en quienes manifestaron actitud positiva, reforzando la coherencia entre la dimensión actitudinal y la ejecución profesional del cuidado humanizado.

4.2 Discusión

La presente investigación tuvo como propósito examinar el nivel de conocimiento sobre el cuidado humanizado y su asociación con la actitud y las prácticas del profesional de enfermería en la región de Azuero, específicamente en las provincias de Los Santos y Herrera, bajo un diseño estratificado por provincia. Este abordaje metodológico no solo permitió describir el comportamiento individual de cada variable, sino también analizar de manera comparativa sus interrelaciones dentro de contextos asistenciales diferenciados, evidenciando que las asociaciones no se comportan de forma uniforme en ambos escenarios. La estratificación provincial, por tanto, no constituyó únicamente un criterio organizativo, sino una estrategia analítica que permitió visibilizar la influencia del entorno en la articulación entre saber, sentir y hacer. Esta aproximación resulta plenamente coherente con lo planteado por Watson (2008), quien sostiene que el cuidado es la esencia moral de la enfermería y que su manifestación depende tanto del contexto en que se ejerce como del grado de interiorización ética alcanzado por el profesional.

En relación con las características sociodemográficas, la estructura etaria mostró una concentración predominante en los rangos comprendidos entre 21 y 40 años, destacándose el grupo de 31 a 40 años, que representó más de un tercio de la muestra total. Este perfil coincide con lo reportado por Quiroz (2021), quien identificó predominio de profesionales entre 35 y 45 años, lo que sugiere que la etapa de madurez profesional activa constituye un rasgo recurrente en investigaciones latinoamericanas relacionadas con el cuidado humanizado. Esta etapa se caracteriza por equilibrio entre energía laboral, experiencia acumulada y consolidación de identidad profesional. Asimismo, los años de experiencia laboral evidenciaron una presencia considerable de trayectorias intermedias y avanzadas,

particularmente entre 11 y 20 años de ejercicio. Desde la Teoría del Desarrollo del Novato al Experto de Benner (1984), quien afirma que “la competencia clínica se construye progresivamente a través de la experiencia acumulada” (p. 13), este hallazgo permite comprender que la práctica humanizada puede consolidarse más allá del conocimiento teórico formal, mediante la integración progresiva de experiencia, juicio clínico, intuición profesional y sensibilidad ética. En consecuencia, el cuidado humanizado no depende exclusivamente de la acumulación de información conceptual, sino de la capacidad de internalizar experiencias significativas de cuidado.

En relación con la formación académica, predominó la licenciatura sin postgrado en ambas provincias, superando ampliamente a las categorías de especialidades clínicas, comunitarias o de gestión. Este dato revela que el cuidado humanizado en la región se ejerce mayoritariamente desde la formación de grado. Sin embargo, al realizar los cruces 2x2 entre formación profesional y conocimiento alto, actitud positiva y práctica buena, se observaron comportamientos diferenciados que merecen una lectura más detenida. En Los Santos, aunque descriptivamente las especialidades clínicas mostraron proporciones elevadas de actitud positiva y práctica buena, los valores de chi cuadrado no alcanzaron significancia estadística en la mayoría de los contrastes, situándose incluso algunos por debajo de 1. Este comportamiento indica ausencia de asociación inferencial bajo el criterio convencional de $\alpha = 0.05$; no obstante, sugiere proximidad proporcional entre variables, lo cual en el marco de este estudio adquiere relevancia analítica. En Herrera, ciertos cruces entre formación especializada y actitud positiva mostraron mayor variabilidad proporcional, lo que permite inferir que la formación podría influir con mayor intensidad en la dimensión actitudinal que en la práctica observable. Sin embargo, la práctica buena se mantuvo elevada independientemente del nivel

formativo, limitando la capacidad del estadístico para detectar diferencias y sugiriendo que la interiorización del cuidado humanizado podría trascender la titulación formal.

En cuanto a los años de experiencia y su relación con las variables centrales, los análisis mostraron que, aunque los profesionales con mayor trayectoria concentraban porcentajes elevados de práctica buena y actitud positiva, los valores de chi cuadrado no evidenciaron asociaciones significativas consistentes. Sin embargo, algunos contrastes presentaron valores cercanos o superiores a 1, lo que, en el marco de esta investigación cuyo interés no se restringe exclusivamente a la significancia estadística tradicional sugiere presencia de relación estadística incipiente. Desde una perspectiva interpretativa, la experiencia no se comportó como variable diferenciadora fuerte de la práctica, posiblemente debido a la homogeneidad extrema observada en la categoría de práctica buena. Este fenómeno refuerza la idea de que, cuando el cuidado humanizado ya se encuentra ampliamente incorporado en la cultura profesional, la variabilidad necesaria para identificar diferencias asociativas tiende a disminuir.

En relación con el nivel de conocimiento, en Los Santos predominó el nivel medio, mientras que en Herrera los niveles alto y medio presentaron proporciones similares, con presencia también de nivel bajo. Este comportamiento guarda similitud con Meléndez et al. (2017), quienes reportaron predominio de conocimiento medio (43.4%), lo que refuerza la idea de que el dominio conceptual del modelo de cuidado humanizado no siempre se encuentra completamente homogéneo en el ejercicio profesional. Sin embargo, al cruzar conocimiento con práctica, en ambas provincias se evidenció una distribución marcadamente homogénea en la ejecución del cuidado humanizado. En Los Santos, la práctica buena alcanzó

el 100% en el nivel alto y se mantuvo por encima del 95% en los niveles medio y bajo. En Herrera, la práctica buena fue del 100% en niveles alto y medio, y cercana al 98% en el nivel bajo. Los valores de chi cuadrado obtenidos fueron bajos y no alcanzaron significancia estadística ($p > 0.05$), indicando ausencia de asociación inferencial entre conocimiento y práctica.

Este resultado difiere del estudio de Meléndez et al. (2017), quienes encontraron asociación significativa entre conocimiento y práctica ($p = 0.000$), pero coincide con Quiroz (2021), quien no detectó relación global significativa entre estas variables. Esta discrepancia puede explicarse por la marcada homogeneidad observada en la práctica del presente estudio, fenómeno asociado al efecto techo descrito por Kwak y Kim (2021), quienes advierten que cuando las respuestas se concentran en el límite superior de una escala, la variabilidad se restringe y la capacidad para detectar asociaciones disminuye. Es importante señalar que, aunque no se evidenció significancia inferencial, descriptivamente el conocimiento alto se acompañó consistentemente de práctica buena, lo que refleja coherencia lógica entre dominio cognitivo y ejecución, aunque dicha correspondencia no fue exclusiva frente a los demás niveles, reduciendo así la diferenciación estadística.

En el análisis entre conocimiento y actitud se observaron diferencias provinciales relevantes. En Los Santos no se identificó asociación significativa, manteniéndose actitud positiva en más de cuatro quintas partes de los profesionales en todos los niveles cognitivos. En Herrera, por el contrario, se evidenció asociación significativa en los niveles medio y bajo ($\chi^2 = 11.312$; $p = 0.001$ y $\chi^2 = 4.192$; $p = 0.041$), lo que indica que el conocimiento influyó en la configuración de la postura valorativa. Este hallazgo se alinea con lo planteado por Romero

y Díaz (2021), quienes señalan que la formación teórica contribuye a la construcción de posicionamientos éticos, y con Zhang et al. (2022), quienes sostienen que el conocimiento puede actuar como base para el desarrollo actitudinal.

Respecto al cruce entre actitud y práctica, en Los Santos se evidenció asociación significativa, confirmando que la disposición favorable se vincula directamente con la ejecución del cuidado humanizado, en coherencia con Meneses et al. (2021), quienes afirman que las actitudes positivas se relacionan con mayores comportamientos empáticos y calidad percibida. En Herrera, aunque el valor de p (0.062) no alcanzó el umbral convencional de 0.05, se situó cercano a este punto, lo que sugiere una asociación estadística fuerte, aunque no significativa bajo criterio tradicional. En el marco de esta investigación, cuyo interés no se limita exclusivamente al valor p , este resultado refleja una tendencia relacional relevante entre actitud positiva y práctica buena.

Por otro lado, las dimensiones de práctica, reorganizadas en biológica, emocional y espiritual, permitieron un análisis más profundo del comportamiento del cuidado humanizado. La dimensión biológica mostró alta consistencia en intervenciones físicas orientadas al bienestar del paciente, evidenciando consolidación del componente técnico-asistencial. Sin embargo, la dimensión emocional presentó ligeras disminuciones en aspectos relacionados con acompañamiento continuo y comunicación profunda, lo cual adquiere relevancia clínica, ya que el confort emocional influye directamente en la percepción de calidad del cuidado. La dimensión espiritual, compuesta por dos ítems específicos, mostró porcentajes elevados pero inferiores a otras dimensiones, con menos del 86% en algunos indicadores, lo que sugiere que, aunque presente, el componente espiritual podría fortalecerse.

Desde la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba (2003), el cuidado enfermero debe generar confort en los contextos físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental, promoviendo alivio, tranquilidad y trascendencia. Las dimensiones biológica, emocional y espiritual evaluadas en este estudio se alinean respectivamente con los contextos físico y psicoespiritual del modelo. En consecuencia, cualquier disminución en la dimensión emocional o espiritual puede impactar la experiencia subjetiva del paciente y su confort integral. El cuidado humanizado no se limita al procedimiento técnico, sino que busca generar bienestar holístico, donde la intervención física se complementa con apoyo emocional y acompañamiento espiritual.

Asimismo, resulta pertinente considerar el impacto del efecto techo y el carácter de autoevaluación del instrumento aplicado específicamente en la variable de práctica. Reyes-Téllez et al. (2024) indican que los comportamientos de cuidado reportados por los propios profesionales pueden verse influenciados por la deseabilidad social, especialmente cuando la humanización constituye un estándar ético esperado. Esta consideración no invalida los hallazgos, sino que aporta una lectura crítica que fortalece la rigurosidad interpretativa.

Finalmente, en relación con las hipótesis planteadas, la hipótesis alternativa (H1) establecía que existe asociación estadística entre el nivel de conocimiento sobre el cuidado humanizado con la actitud y las prácticas del profesional de enfermería. Los resultados permiten una confirmación parcial de esta hipótesis. No se evidenció asociación directa entre conocimiento y práctica en ninguna provincia; sin embargo, sí se identificaron asociaciones significativas entre conocimiento y actitud en Herrera, y entre actitud y práctica en Los

Santos. En consecuencia, la hipótesis nula (H_0) no puede aceptarse completamente, ya que se comprobaron asociaciones en combinaciones específicas de variables, aunque no de manera global.

En consecuencia, los resultados permiten sostener que la relación entre conocimiento, actitud y práctica no responde a un modelo lineal simple donde mayor conocimiento implica automáticamente mejor actitud y, por ende, mejor práctica, sino que se configura de manera dinámica y contextual. Mientras en Los Santos la actitud se comporta como la variable más directamente vinculada a la práctica, en Herrera el conocimiento influye principalmente en la actitud, sin generar diferencias detectables en la ejecución práctica. Esta diferenciación contextual confirma la pertinencia del diseño estratificado y demuestra que las variables se articulan de manera particular en cada entorno asistencial, reforzando la comprensión del cuidado humanizado como un fenómeno complejo, multidimensional y situado

4.3 Limitaciones del estudio

Durante el proceso de recolección de datos no se logró alcanzar el 100 % de la muestra proyectada. Esta situación se relacionó principalmente con la dinámica laboral del profesional de enfermería, caracterizada por turnos rotativos, carga asistencial y limitaciones de tiempo, lo que dificultó la devolución oportuna de algunos instrumentos.

No obstante, se alcanzó una tasa de respuesta del 92.39 %, con una distribución equilibrada entre la provincia de Los Santos (91.67 %) y Herrera (93.05 %). Este porcentaje supera ampliamente el mínimo recomendado en estudios cuantitativos, por lo que no se considera que afecte la representatividad ni la validez de los resultados.

Conclusiones

La práctica del cuidado humanizado en los profesionales de enfermería de la región de Azuero se encuentra ampliamente consolidada en ambas provincias, predominando conductas alineadas con las dimensiones biológica, emocional y espiritual del modelo de Jean Watson. Sin embargo, la marcada homogeneidad en la categoría de práctica buena limitó la detección de asociaciones estadísticas más diferenciadas, lo que sugiere que la elevada concentración en niveles superiores redujo la variabilidad necesaria para identificar contrastes más notorios.

Se evidenció heterogeneidad en el nivel de conocimiento, con predominio de niveles medio y alto, lo que indica que los fundamentos teóricos del cuidado humanizado están presentes en el ejercicio profesional, aunque no completamente homogeneizados. Este hallazgo resalta la importancia de fortalecer la formación continua en los principios filosóficos y científicos del cuidado transpersonal, con el fin de consolidar la coherencia entre saber y hacer.

La actitud mostró mayor proximidad relacional con la práctica. En la provincia de Los Santos se comprobó asociación significativa entre actitud y práctica, mientras que en Herrera se observó una tendencia relacional cercana al nivel de significancia. Estos resultados confirman que la disposición ética y valorativa del profesional influye directamente en la ejecución del cuidado, reafirmando que el cuidado humanizado no se limita a la técnica, sino que implica compromiso moral y sensibilidad interpersonal.

Por otra parte, no se evidenció asociación directa entre conocimiento y práctica; sin embargo, en Herrera el conocimiento se asoció significativamente con la actitud, lo que sugiere una relación indirecta mediada por el componente afectivo-valorativo. En

consecuencia, el saber por sí solo no garantiza conductas humanizadas, pero sí puede influir en la configuración de la postura profesional que posteriormente se traduce en acción.

El análisis estratificado por provincia confirmó que la humanización del cuidado se manifiesta de manera contextualizada, evidenciando que la integración entre conocimiento, actitud y práctica no responde a un modelo lineal, sino dinámico y dependiente del entorno organizacional y asistencial.

Finalmente, los resultados permiten una confirmación parcial de la hipótesis alternativa (H1), al identificarse asociaciones en combinaciones específicas de variables, aunque no de forma global. El cuidado humanizado se configura como una integración entre conocimiento científico, sensibilidad ética y acción profesional consciente, en coherencia con la teoría de Jean Watson, consolidándose como un proceso relacional que articula la ciencia con la dimensión humana del paciente.

Recomendaciones

Se recomienda fortalecer la formación continua en cuidado humanizado, incorporando contenidos actualizados sobre la Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson en los programas de capacitación institucional. Esta medida permitiría reducir la heterogeneidad identificada en el nivel de conocimiento y favorecer una mayor homogeneización conceptual entre los profesionales de enfermería.

Asimismo, resulta pertinente desarrollar intervenciones orientadas al fortalecimiento del componente actitudinal, considerando que la actitud demostró ser el factor con mayor influencia directa en la práctica del cuidado humanizado. La implementación de talleres reflexivos, espacios de sensibilización ética y estrategias institucionales de humanización podría potenciar esta dimensión y consolidar la coherencia entre valores profesionales y acciones asistenciales.

Se sugiere también integrar indicadores de cuidado humanizado en los procesos de evaluación del desempeño profesional, de manera que no solo se valore la competencia técnica, sino también la calidad relacional, empática y ética del cuidado brindado. Esta incorporación permitiría reconocer formalmente la dimensión humanística como parte esencial del ejercicio enfermero.

Desde el ámbito investigativo, se recomienda realizar estudios comparativos en otras provincias del país con el fin de identificar posibles diferencias regionales y determinar si los patrones de asociación observados en Azuero se replican en otros contextos asistenciales. De igual manera, sería pertinente ampliar la investigación mediante diseños longitudinales que

permitan analizar la evolución del conocimiento, la actitud y la práctica a lo largo del tiempo, así como evaluar el impacto de intervenciones formativas específicas.

Finalmente, se sugiere desarrollar estudios con enfoque mixto o cualitativo que profundicen en la experiencia subjetiva del profesional de enfermería respecto al cuidado humanizado, explorando factores culturales, organizacionales y emocionales que no pueden captarse completamente mediante métodos cuantitativos. Este abordaje permitiría comprender con mayor profundidad la dimensión relacional y contextual del cuidado.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, P., Guerrero, R., Acevedo, M. y Reyes, B. (2024). Acciones para fomentar el cuidado humanizado al adulto mayor. *Revista Uruguay de Enfermería*, 13(1).
<https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/431/549>
- Boukherouaa, B. (2023). El cuidado humanizado de enfermería bajo la teoría de Jean Watson en personas con Alzheimer y con su cuidadora/a principal. Universidad Europea.
https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/7639/TFG_Hajar%20Bassim%20Boukherouaa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Díaz, A., Villanueva, I. y Martínez, J. (2020). Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Escola Anna Nery*, 24(2), e20190238. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238>
- Echanique, P. y Guarderas, J. (2012). Estudio de corte transversal: definición y aplicación en investigación. *Revista de Metodología en Salud*, 5(2), 1–10.
http://www.ejemplo.org/revista_metodologia/vol5/num2/echanique_guarderas.pdf
- Espinosa, E. (2023). La Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá: Evolución Histórica. *Visión 360 Revista Científica de Enfermería*, 8-12.
<https://portalrevista360escueladeenfermeria.com/index.php/vision360/article/download/24/23/86>
- Fernández, E., Jiménez, F. y Pérez, J. (2020). Humanización de los cuidados en enfermería: Retos y oportunidades. *Enfermería Clínica*, 30(3), 158–165.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.009>

- García, A. y Torres, C. (2023). La teoría del cuidado humano de Jean Watson: fundamentos, factores y aplicación en la práctica de enfermería. *Enfermería Intensiva*, 34(2), 3-8. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-cuidado-las-familiaslas-S1130239910000593>
- González, P. y Pérez, M. (2018). Capacitación y prácticas de cuidado humanizado en enfermería geriátrica. *Enfermería y Salud*, 37(2), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.enfysal.2018.05.004>
- Gonzalo, R. (2023). Jean Watson's Theory of Human Caring: revisión y aplicación clínica. *Nursing and Healthcare Research*, (1101), 1-8. <https://aditum.org/journals/nursing-and-healthcare-research/current-issue/1101>
- Guerrero, R., Meneses-La Riva y M., De La Cruz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión, Lima-Callao, 2015. *Revista Enfermería Herediana*, 9(2), 125–134. https://www.researchgate.net/publication/313871977_Cuidado_humanizado_de_enfermeria_segun_la_teor%C3%ADa_de_Jean_Watson_servicio_de_medicina_del_Hospital_Daniel_Alcides_Carrion_Lima-Callao_2015
- Guerrero, D., Domínguez, I., López, G., Saltos, L., Soledispa, L., Veliz, E. y Zambrano, M., (2024). Rol de enfermería y el cuidado humanizado en los adultos mayores. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(4), 8159-8171. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12982
- Gunawan, J., Aungsuroch, Y., Watson, J. y Marzilli, C. (2022). Nursing administration: Watson's theory of human caring. *Nursing Science Quarterly*, 35(1), 5-10. <https://doi.org/10.1177/08943184211070582>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6.^a ed.). McGraw-Hill. <https://www.mheducation.es/metodologia-de-la-investigacion-hernandez>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), 2023. Resultados finales básicos XII Censo Nacional de Población y VIII de Vivienda 2023. https://www.inec.gob.pa/publicaciones/Default3.aspx?ID_PUBLICACION=1199
- International Council of Nurses (ICN). (2025). Actualización de la definición de enfermería y enfermera https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_SP_Web.pdf
- Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: A vision for holistic healthcare and research. Springer Publishing. https://openlibrary.org/books/OL18886502M/Comfort_theory_and_practice
- Kwak, S. G. y Kim, J. H. (2021). Statistical considerations for ceiling effects in clinical research. *Korean Journal of Anesthesiology*, 74(1), 1–5. <https://doi.org/10.4097/kja.20490>
- Meléndez Pinedo, C. F., Muñoz Meléndez, M. M. y Burgos Ríos, L. M. (2017). Conocimientos, actitudes y práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería del Hospital III Iquitos EsSalud, Punchana 2017 (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. <https://api-repositorio.unapiquitos.edu.pe/server/api/core/bitstreams/2f92002e-7c52-4b51-90d2-5a5b9f786d81/content>
- Meneses, M., Suyo, J. y Fernández, V. (2021). Cuidado humanizado desde la perspectiva enfermera-paciente en un ámbito hospitalario: Una revisión sistemática de experiencias

- divulgadas en artículos científicos españoles y portugueses. *Frontiers in Public Health*, 9, 737506. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>
- Morales-Castillo, F. A., Hernández-Cruz, M. C., Morales-Rodríguez, M. C. y Landeros-Olvera, E. A. (2015). Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 23(6), 1073–1080. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kY7tVgZ5dJc4C3AqQDzZTxJ/?lang=es>
- Ministerio de Salud, México. (2020). Modelo del cuidado de enfermería http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
- MINSA (2024). Resumen del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024: Región de Salud de Los Santos [Resumen ejecutivo]. Ministerio de Salud de la República de Panamá. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/resumen_los_santos_asis_2024_region_de_salud_de_los_santos.docx
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2024. Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Quiroz Ramos, D. (2021). Conocimiento sobre cuidado humanizado y práctica de enfermería en una clínica privada de Lima, 2021 (Tesis de licenciatura). Universidad Wiener. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ab822610-6d7c-4d0f-96bf-9519bab366b0/content>
- Quispe, M. (2023). Cuidado humanizado aplicado en enfermería: Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 21(4), 5718-5725. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9586244.pdf>

- Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E. y García-García, I. (2024). *Humanization of nursing care: A systematic review*. *Frontiers in Medicine*, 11, 1446701. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
- Romero, D. y Díaz, R. (2021). Humanizando el cuidado. Reflexión ética y docente. *Salud, Arte y Cuidado*, 14(2), 81–88. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7019279>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. y Lucio, P. B. (2014). Metodología de la investigación (5.^a ed.). McGraw-Hill. <https://www.mheducation.es/metodologia-de-la-investigacion-sampieri>
- Sepúlveda, J. F., Villarroel, J. L. y Mejía, M. C. (2022). Indicadores de cuidado humanizado de enfermería en atención hospitalaria. *Revista Española de Salud Pública*, 96, e202212046. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000400012
- Sterling, T. (2017). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado y su relación con el nivel de funcionalidad en adultos mayores. Repositorio Institucional Digital de la Universidad de Panamá. https://up-rid.up.ac.pa/1556/3/tania_sterling.pdf
- Trujillo, Y., Rosales, J., Pérez, D., Tovar, M., Guerra, J. y Chacón, A. (2024) “Jean Watson” Universidad Politécnica Territorial del Norte de Monagas Ludovico Silva. Caripito Estado Monagas. <https://es.scribd.com/document/743966508/JEAN-WATSON>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UN DESA), 2019. Our world is growing older: UN DESA releases new report on ageing. <https://www.un.org/uk/desa/our-world-growing-older-un-desa-releases-new-report-ageing>

- Valderrama, M., Leal, P. y Caicedo, L. (2023) “Factores de Cuidado, Experiencia a la Luz de la Teoría de Jean Watson. Revista Ciencia y Cuidado, Vol. 20 N. 2 Cúcuta, Colombia.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9080295.pdf>
- Valencia, M., Rodríguez, M. (2021) “Reflexión de la humanización de la atención, Teoría de Jean Watson y Propuesta de su Aplicación” Benessere: Revista de Enfermería, ISSN-e 0719-7764, Vol.6 N. 1. Universidad de Concepción.
<https://revistas.uv.cl/index.php/Benessere/article/view/3037/2910>
- Watson, J. (2008). Nursing: The Philosophy and Science of Caring (Revised edition). University Press of Colorado.
- Zhang, Y., Wang, X. y Liu, J. (2022). Knowledge, attitudes and practices of nurses toward patient-centered care: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 112.
<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00845-3>

Anexos

Anexo 1

Cronograma propuesto para llevar a cabo la investigación

Responsable	Actividad	Jun 25	Jul 25	Ago 25	Sep 25	Oct 25	Nov 25	Dic 25	Ene 26	Feb 26	Marz 26
Investigador responsable	Búsqueda y elección del tema de investigación	x	x								
Investigador y asesor	Búsqueda, elaboración y corrección del marco teórico	x	x								
Investigador	Planteamiento del problema, justificación, objetivos y preguntas	x	x								
Investigador y asesor	Diseño del estudio y elaboración del protocolo	x	x	x	x						
Investigador	Envío del protocolo al Comité de Ética					x	x	x			
Investigador	Aplicación del instrumento y recolección de datos								x	x	
Investigador	Análisis de resultados									x	
Investigador y asesor	Discusión y conclusiones									x	
Investigador	Presentación final del trabajo escrito y defensa										x

Anexo 2

Presupuesto del estudio

Concepto	Fuente de financiamiento	Valor (B/.)
Transporte (ago–dic, 1 salida al Anep)	Investigador	9.50
Transporte (dic. 2da salida al Anep)	Investigador	9.50
Impresiones y papelería	Investigador	35.00
Bolígrafos	Investigador	2.00
Tarjeta de celular (B/.6 c/7 días × 5meses)	Investigador	120.00
Imprevistos	Investigador	20.00
Total	investigador	B/196.00

Anexo 3

Instrumento para la recolección de datos



INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumentos: Cuestionario de conocimientos sobre cuidado humanizado. Escala de actitudes

Hacia el cuidado humanizado y lista de verificación de la práctica de cuidado humanizado de enfermería.

Elaborados y validados por: Meléndez, C., Meléndez, M., Burgos, L (2017).

Investigador (a): Estefanie Y. González J.

Respetado (a) profesional de enfermería:

Mi nombre es Estefanie González, estudiante de la Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería, Centro Regional Universitario de Los Santos. Actualmente me encuentro desarrollando mi trabajo de investigación de grado titulado: “Nivel de conocimiento y actitudes asociado a Las prácticas de los profesionales de Enfermería sobre el cuidado humanizado del adulto mayor, según Jean Watson, Anep, Azuero, Panamá, 2025”. El objetivo de esta encuesta es evaluar cómo se aplican los principios del cuidado humanizado en la práctica profesional de enfermería, con énfasis en la atención brindada a las personas adultas mayores. Su participación es totalmente voluntaria, anónima y confidencial. La información recopilada será utilizada exclusivamente con fines académicos y no se pedirá ningún dato que permita su identificación. Le invitamos a responder con total sinceridad, marcando la opción que mejor refleje su práctica habitual.

Este instrumento se fundamenta en los principios de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, la cual promueve un enfoque holístico, ético y empático en la relación enfermera-paciente, reconociendo al ser humano como un todo interrelacionado de cuerpo, mente y espíritu (Watson, 2008).

Agradezco profundamente su colaboración y el tiempo que dedicará a esta investigación.

PARTE A

Instrucciones: Lea, cuidadosamente, cada pregunta y marque con una X cada respuesta. Existen preguntas que requieren una respuesta abierta, por lo que si no se comprende o no puede contestar alguna, favor consultarle a la persona encargada de entregarle el cuestionario, y así aclarar dudas al respecto.

I. PRESENTACION

El presente cuestionario permite obtener información sobre los conocimientos que evidencia el profesional de enfermería sobre el cuidado humanizado, en base a las ocho dimensiones del cuidado humanizado de Enfermería, que son: sentimientos del paciente, características del profesional de enfermería, apoyo emocional, apoyo físico, cualidades del hacer de enfermería, proactividad, empatía y disponibilidad para la atención.

Por favor, conteste de forma honesta y veraz.

II. INSTRUCCIONES

Marque una sola respuesta, la que considere correcta, no deje ninguna pregunta sin marcar.

III. CONTENIDO

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- Edad: _____ Sexo: M F Servicio en el que labora: _____
- Título profesional: _____
- Años de experiencia profesional: _____
- Provincia en la que labora actualmente: ☐ Herrera ☐ Los Santos
- Estudios de postgrado: Diplomado () Especialidad () Maestría () Doctorado ()
Especificar: _____

PARTE B

1. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADO HUMANIZADO

Nº	Interrogante	Alternativas
1	¿Cómo define usted a la Enfermería?	a) Ciencia que estudia la experiencia salud-enfermedad, profesional, científica y ética. b) Disciplina social, guiada por normas y

		principios. c) Disciplina dirigida al cuidado integral de la persona, familia y comunidad. d) El accionar mediante intervenciones con principios científicos, humanísticos y éticos.
2	¿Cómo se define el cuidado humanizado en enfermería?	a) Cumplimiento adecuado de la prescripción médica. b) Realizar los procedimientos de enfermería. c) El apoyo emocional al paciente y familia. d) La actuación integral con calidad/calidez.
3	¿Cuál alternativa muestra las dimensiones del cuidado humanizado en enfermería?	a) Postura del paciente, movimientos, protección biológica del paciente, atención emocional de enfermería y capacitación enfermero. b) Sentimientos, apoyo emocional y físico del paciente, características, cualidades, proactividad, empatía y disponibilidad para la atención del enfermero. c) Buen servicio hospitalario, calidad profesional médica, satisfacción del usuario y satisfacción de la familia. d) Escucha activa, comunicación asertiva, toma de decisiones, brindar confianza en el cuidado.
4	¿Qué se debe tener en cuenta cuando se refiere a los sentimientos del paciente?	a) Aceptar su expresión positiva o negativa sobre el cuidado, preguntarle cómo se siente, tratarlo con amabilidad y cortesía, apoyarlo si está triste. b) Informarle sobre su estado de salud, explicarle los procedimientos a realizar, contribuir con su higiene. c) Orientarlo cada día en persona-tiempo-espacio, no permitir que los familiares lo incomoden, valorar los signos vitales. d) Brindarle educación, compartir momentos con los otros, satisfacer sus necesidades básicas.
5	¿Cuáles son las características que debe mostrar el profesional de enfermería al impartir cuidados humanizados?	a) Desempeñar su rol, competencias, capacitación, trato cálido, respeto, amabilidad, cordialidad, flexibilidad en la atención. b) Capacidad de adaptación, disponibilidad de apoyo al compañero, tener principios morales, fundamenta sus actividades. c) Respeta las reglas del hospital, puntualidad laboral, buenas relaciones interpersonales, apoyo a compañeros. d) Actúa con base en valores, condiciona al paciente a aceptar un procedimiento, actúa de acuerdo con su convicción, no por los deseos del paciente.
6	¿Cómo brinda el profesional de enfermería el apoyo emocional al paciente?	a) Brindando cuidados físicos, demostrando empatía y haciendo cumplir tareas. b) Proporcionando completo bienestar al paciente, dándole confianza. c) Haciéndole sentir cuidado, tranquilo, preocupándose por su estado de ánimo. d) Brindándole comodidad y confort, respetando su privacidad.
7	¿Cómo brinda el profesional de enfermería apoyo físico al paciente?	a) Dando comodidad, atender sus necesidades, tomar su mano, mirarlo, manejar el dolor. b) Conversar con la familia, atender sus demandas de compañía, dejarle expresar sus sentimientos. c) Administrar medicinas a la hora indicada, escucharlo, administrar cuidados cuando el paciente lo requiera. d) Informar sobre reglas del hospital, resguardar sus pertenencias, valorar sus sentimientos.
8	¿Cómo se reconoce las cualidades del hacer o quehacer de Enfermería?	a) En habilidades y destrezas, no hablar sobre su enfermedad, no aceptar sus fallas ante el paciente y familia. b) En un trato cordial, responsabilidad, identificar necesidades, educación oportuna, conocimiento de su trabajo. c) En el desarrollo de sus capacidades, saber distraer al paciente, compromiso con otros profesionales. d)

		Trabajar más allá del horario determinado, cumplir su trabajo, no se interesa por sus compañero/as.
9	¿A qué se refiere la proactividad en enfermería?	a) Actitud para ayudar en la recuperación, para afrontar las complicaciones, informar si el paciente lo requiere. b) Actitud de cuidar todo por el paciente, pedir a la familia no interferir en el cuidado. c) Actitud para superar dificultades, asumir pleno control de su conducta, tener iniciativas creativas para generar mejoras. d) Tomar iniciativas de decisión por el paciente, buscar experiencias de aprendizaje, no permitir que el paciente conozca su pronóstico.
10	¿En qué consiste la empatía en el cuidado de enfermería?	a) Ponerse en el lugar del paciente al cuidarlo, mostrar escucha activa, establecer una relación de cercanía, apoyarlo a expresar sus sentimientos. b) Aceptar las actitudes positivas del paciente, otorgarle el cuidado físico necesario, responder adecuadamente a sus necesidades. c) Comprender los sentimientos del paciente, conversar con el paciente solamente cuando le queda tiempo. d) Aceptar las actitudes positivas y negativas del paciente, controlar el dolor, evitar que sufra complicaciones.
11	¿En qué consiste la disponibilidad para la atención?	a) Cumplir con el cuidado, acudir oportunamente a su llamado, responsabilidad en el procedimiento a realizar. b) Lograr la estabilidad del paciente, no perturbarlo con explicaciones, evitar preocuparlo. c) Responder con rapidez a su llamado, escuchar sus dudas e inquietudes, realizar los procedimientos cuidadosamente. d) No interrumpir su sueño, dar alimentos a la hora, evaluar evolución de la enfermedad.

CALIFICACIÓN: Se califica en relación con la respuesta correcta. Cada respuesta correcta por pregunta es 1 punto, de lo contrario no suma puntos.

PUNTO TOTALES: 11

- Conocimiento Alto: 9 a 11 puntos
- Conocimiento Medio: 7 a 8 puntos
- Conocimiento Bajo: 5 a 6 puntos

Con base en fundamentos teóricos, y en el análisis conceptual de los ítems del cuestionario, se definieron las siguientes respuestas correctas para garantizar coherencia con los principios y dimensiones del cuidado humanizado que sustenta el instrumento:

Pregunta	Respuesta correcta	Justificación
1	c	“Enfermería es la disciplina del cuidado integral del ser humano, que articula conocimiento, ética, arte y ciencia para promover la salud en la persona, familia y comunidad.” (Valderrama et al., 2023. p. 77)
2	d	“El cuidado humanizado en enfermería implica una actuación integral que aborda las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales,

		fundamentada en la calidad y calidez de la atención.” (Valencia et al., 2021, p. 4)
3	b	“Watson describe diez factores caritativos o dimensiones del cuidado humanizado que incluyen la presencia, sensibilidad, empatía, honestidad, paciencia y otras cualidades esenciales para el cuidado integral.” (Trujillo et al. 2024, p. 10)
4	a	“El cuidado humanizado acepta y acompaña la expresión emocional del paciente, tratándolo con amabilidad, respeto y apoyo, para fortalecer la relación y la confianza.” (Valencia et al., 2021, p. 7)
5	a	“El profesional humanizado muestra competencias científicas y técnicas, combinadas con respeto, trato cálido, flexibilidad y una vocación de servicio ética.” (Valencia et al., 2023, p. 79)
6	c	“El apoyo emocional se enfoca en empatizar con el paciente, hacerle sentir cuidado y valorado, y promover bienestar psicológico.” (Valencia et al., 2021, p. 6)

7	a	“El apoyo físico incluye brindar confort, aliviar el dolor y mantener contacto humano cercano como parte esencial del cuidado humanizado.” (Valderrama et al., 2023, p. 78)
8	b	“Las cualidades del cuidado humanizado se reflejan en el trato cordial, responsabilidad y conocimiento profesional aplicado con humanidad.” (Trujillo et al. 2024, p. 11)
9	c	“La proactividad implica la capacidad de asumir iniciativa, creatividad y control en la gestión del cuidado, para mejorar resultados.” (Trujillo et al. 2024, p. 11)
10	a	“La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, comprender y atender sus sentimientos y necesidades.” (Valencia et al., 2021, p. 5)
11	c	“La disponibilidad consiste en responder con prontitud, cuidado y responsabilidad a las necesidades del paciente.” (Trujillo et al. 2024, p. 11)

2. ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL CUIDADO HUMANIZADO

I. PRESENTACIÓN

Este instrumento tiene como objetivo reconocer las actitudes hacia el cuidado humanizado que evidencia el profesional de enfermería en el trabajo hospitalario. Le solicitamos marcar con honestidad y veracidad según su aceptación o rechazo a las aseveraciones que se presenta.

II. INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de enunciados, marque con una X una alternativa de respuesta, la que corresponda a su manera de pensar, sentir o actuar. Marque MA = Muy de acuerdo, A = De Acuerdo, I = Indeciso, D = En desacuerdo y MD = Muy en desacuerdo.

III. CONTENIDO

ENUNCIADOS	VALORACION				
	MA	A	I	D	MD
La/el enfermera/o al brindar cuidados al paciente hospitalizado:					

1. Muestra trato cálido, amable, para hacerlo sentir bien	5	4	3	2	1
2. No le importa el trato amable, sino la recuperación del paciente	1	2	3	4	5
3. Desempeña competencias en su rol y flexibilidad en la atención	5	4	3	2	1
4. La competencia profesional no es reconocida por los pacientes	1	2	3	4	5
5. Debe hacerlo sentir cuidado, tranquilo, darse tiempo para aclarar sus inquietudes.	5	4	3	2	1
6. Le hace sentir intranquilo, desconfiado, sobre todo si no aclara sus dudas y temores.	1	2	3	4	5
7. Brinda comodidad y confort, mira a los ojos, toma la mano, lo que contribuye en la recuperación del paciente.	5	4	3	2	1
8. No es necesario tocar al paciente ni mirarlo, para que se sientan cuidados, les desagrada, se sienten mal y aún avergonzados.	1	2	3	4	5
9. Debe mostrar cordialidad, responsabilidad e identificar las necesidades de cuidado.	5	4	3	2	1
10. No se necesita explicar los procedimientos ni brindar educación, el paciente se da cuenta de lo que debe hacer el profesional.	1	2	3	4	5
11. Debe dar información e indicaciones sobre autocuidado de manera oportuna, para que pueda tomar decisiones.	5	4	3	2	1

12. Entiende que por el estado en que se encuentra no puede tomar decisiones, debe hacer las cosas en su debido momento.	1	2	3	4	5
13. Debe ponerse en su lugar para comprenderlo, llamarlo por su nombre, mostrar respeto con sus creencias y valores.	5	4	3	2	1
14. Enfermería sabe que no depende de el/ella la recuperación del paciente.	1	2	3	4	5
15. Enfermería responde rápidamente al llamado del paciente ante sus necesidades básicas o presencia de dolor.	5	4	3	2	1
16. Entiende que hay pacientes “pesados” que llaman a cada rato y por lo mínimo, se molesta, porque se le está cuidando.	1	2	3	4	5
TOTAL:					

CALIFICACIÓN: Total Puntos: 80

- Actitud positiva: 64 a 80 puntos
- Actitud negativa: 1 a 63 puntos

3. LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA.

I. PRESENTACIÓN

Este instrumento está diseñado para evaluar la práctica del cuidado humanizado en enfermería, buscando identificar cómo los profesionales aplican en su labor cotidiana los principios y dimensiones fundamentales del cuidado humanizado.

II. INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones que describen diversos comportamientos y prácticas relacionados con la atención de enfermería humanitaria. Lea cada pregunta con atención y responda con honestidad y objetividad, considerando su desempeño personal habitual durante la jornada laboral.

- Marque "Sí" si considera que realiza habitualmente el comportamiento o la práctica descritos en el artículo. Esto corresponde a una puntuación de 1.
- Marque "No" si considera que no realiza habitualmente el comportamiento o la práctica descritos. Esto corresponde a una puntuación de 0.

Esta evaluación es individual y confidencial, y su propósito es reflexionar sobre su nivel de cumplimiento con las prácticas de enfermería humanitaria, identificar fortalezas y áreas de mejora.

III. CONTENIDO

DIMENSIONES	ITEMS		SI	NO
	La/el enfermera/o al brindar cuidados al paciente hospitalizado:			
1. Sentimientos del paciente	1. Me presento con mi nombre.			
	2. Motivo al paciente a confiar en Dios para sentirse mejor.			
	3. Brindo una buena atención, precisa, oportuna.			
	4. Brindo apoyo emocional en su enfermedad.			
2. Características de enfermería	5. Muestro amabilidad al comunicarse y en su trato.			
	6. Utilizo un lenguaje claro para comunicarse.			
	7. Me comunico amablemente con el paciente.			
	8. Converso con el paciente y su familia.			
3. Apoyo Emocional	9. El cuidado que le brindo es cordial y delicado.			
	10. Reacciono de buena manera cuando me solicitan ayuda.			
	11. Brindo palabras de aliento sobre su enfermedad.			
	12. Muestro disposición para la escucha activa.			
4. Apoyo físico	13. Lo tomo de la mano, le hablo, lo miro a los ojos.			
	14. Brindo comodidad y confort.			
	15. Alivio su dolor físico.			

	16. Lo ayudo en sus necesidades básicas (comer, bañarse, etc.)		
5. Cualidades del hacer de enfermería	17. Demuestro conocimientos y habilidad profesional.		
	18. Explico los procedimientos antes de realizarlos.		
	19. Informo al paciente acerca de su estado de salud.		
	20. Tomo decisiones rápidamente ante una necesidad.		
	21. Cuido para prevenir complicaciones.		
	22. Oriento correctamente antes de alguna intervención.		
6. Proactividad	23. Proporciono información adecuada y precisa.		
	24. Brindo información oportuna al paciente y familia.		
7. Empatía	25. Pregunto al paciente cómo se siente sobre su salud.		
	26. Escucho y respondo las inquietudes del paciente.		
	27. Protejo y respeto la intimidad del paciente.		
	28. Hablo con voz suave, adopto postura relajada, expresión facial coherente.		
8. Disponibilidad para la atención	29. Respeto las decisiones del paciente.		
	30. Administro el tratamiento indicado y a la hora.		
	31. Acudo pronto a su llamado o si me solicita algo.		
	32. Me interesa y atiendo a tiempo sus necesidades.		
	TOTAL:		

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

CALIFICACIÓN:

Puntaje total: 32

- a) Práctica buena: 26 a 32 puntos
- b) Práctica regular: 15 a 25 puntos
- c) Práctica deficiente: 0 a 14 puntos

Anexo 4

Consentimiento informado de la investigación

Estimado(a) participante:

Usted ha sido invitado(a) a participar en este estudio de investigación que tiene como finalidad conocer el nivel de conocimiento y aplicación del cuidado humanizado, basado en la Teoría de Jean Watson, en profesionales de enfermería que atienden a adultos mayores.

Antes de continuar, es importante que tenga en cuenta los siguientes puntos:

- Su participación es completamente voluntaria.
- Las respuestas serán anónimas y confidenciales. No se recogerá ningún dato que permita su identificación.
- Puede abstenerse de responder cualquier pregunta que no desee y puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- La información obtenida será utilizada únicamente con fines académicos y de investigación.
- Este estudio ha sido debidamente revisado y autorizado por el Comité de Ética correspondiente.

Duración estimada: de 10 a 15 minutos.

Al seleccionar la siguiente opción, usted manifiesta que ha leído y comprendido la información anterior, que participa de forma voluntaria y autoriza el uso de sus respuestas para los fines de esta investigación académica.

☐ Acepto participar en el estudio

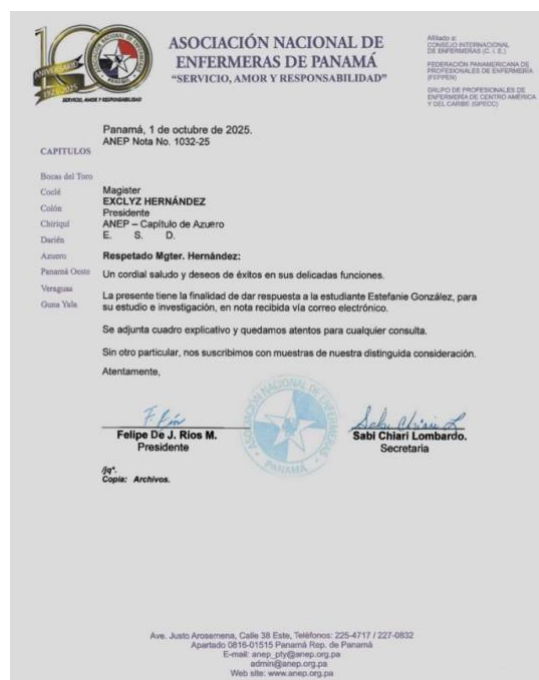
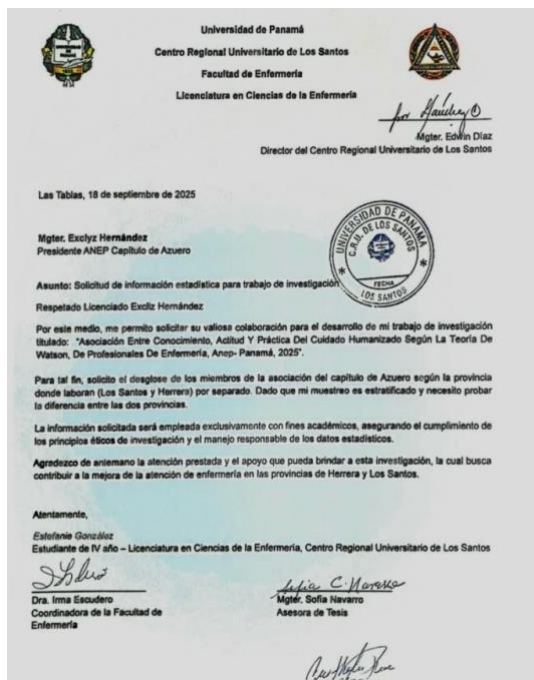
Anexo 5

Autorización del autor para el uso del instrumento



Anexo 6

Solicitud al ANEP sobre datos estadísticos



NUMERO TOTAL DE ENFERMERAS DEL CAPITULO DE AZUERO POR PROVINCIA A SEPTIEMBRE 2025		
PROVINCIA		Total
HERRERA	622	622
LOS SANTOS	560	560
		1,182

Fuente: Monitoreo de base de datos de ANEP-SEDE que incluye a miembros activos y morosos.

Anexo 7

Hoja de vida de investigadora

ESTEFANIE YAMILETH GONZÁLEZ JULIO

Nombre Completo: Estefanie Yamileth González Julio

Cédula: 7-712-1112 Edad:

25 años.

Fecha de nacimiento: 02/12/1999 Nacionalidad:

panameña.

Tipaje sanguíneo: B positivo.

Sexo: Femenina

Dirección: Residencial Colinas, El Carate, Las Tablas, Los Santos, Panamá.

Teléfono: 6262-5722 Correo:

eygj0299@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Primaria: Escuela Claudio Vásquez Vásquez (2006-2011).
- Secundaria: Colegio Manuel María Tejada Roca. Bachiller Científico (2012-2017)
- Universidad de Panamá. Centro Regional Universitario de Los Santos. Técnico en inglés (2018-2019).

- Universidad de Panamá. Centro Regional Universitario de Los Santos. Licenciatura en Humanidades con Especialización en inglés. (2018-2021).
- Universidad de Panamá. Centro Regional Universitario de Los Santos. Licenciatura en Ciencias de la Enfermería (2022- en curso de graduación)

EXPERIENCIA LABORAL

Tribunal Electoral: miembro de mesa (secretaria) elecciones generales (2019). Tribunal Electoral: miembro de mesa (secretaria) elecciones primarias (2023).

EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN

Ponente en el V congreso científico 2024 “Inteligencia Artificial y su Aporte a la Sostenibilidad del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación”, con la presentación: “Perfil Holístico Jóvenes Adolescentes con Diagnóstico de Ovarios Poliquísticos, Atendidas en La Consulta de un Centro de Salud de Las Tablas, 2023”.

Anexo 8

Hoja de vida de asesora de investigación

SOFÍA CLARIBEL NAVARRO GÓMEZ

6753-3141 Email:

snavarro88@hotmail.com

sofianago29@gmail.com

sofia.navarro@up.ac.pa

Nombre Completo: Sofía Claribel Navarro Gómez

Cédula: 2-722-17 Edad: 35 años.

Fecha de nacimiento: 29/8/1988 Nacionalidad: panameña.

Tipaje sanguíneo: O positivo.

Sexo: Femenina

Dirección: Barriada Miraflores, Penonomé. Calle principal vía al Coco frente a la entrada del aserradero. Casa S/N.



FORMACIÓN ACADÉMICA

- Primaria “Centro Educativo Básico General Clelia F. de Martínez Penonomé. (2000).
- Secundaria “Escuela Secundaria Ángel María Herrera- Bachiller en Ciencias (2001-2006)
- Universidad de Panamá. Centro Regional Universitario de Azuero Licenciatura en Ciencias de Enfermería. (2008-2011).

- Maestría de Enfermería énfasis en Nefrología Universidad de Panamá. (2016-2019).
- Especialización en Docencia Superior Universidad de Panamá CRUCOLÉ 2022-2023. Diploma de postgrado en trámite

EXPERIENCIA

- Enfermera Básica – Registro de Idoneidad 7699 Hospital Rafael Estévez Aguadulce (inicio de labores 1/8/2012)
- Actualmente enfermera de la Unidad de Nefrología -Sala de Hemodiálisis.
- (Programas de Hemodiálisis, diálisis peritoneal y terapia lenta continua)
- Docente de las cátedras de cuidados Nefrológicos I,II Y III, práctica clínica en Maestría en Enfermería con énfasis en Nefrología CRU Veraguas 2020-2021.
- Docente de Programa de Maestría en enfermería con énfasis en Nefrología CRU Coclé 2022-2023
- Docente del departamento de Salud de Adultos- Facultad de Enfermería CRULS II semestre 2022 Docente del departamento de Salud de Adultos- Facultad de Enfermería CRULS II semestre 2023

REFERENCIAS

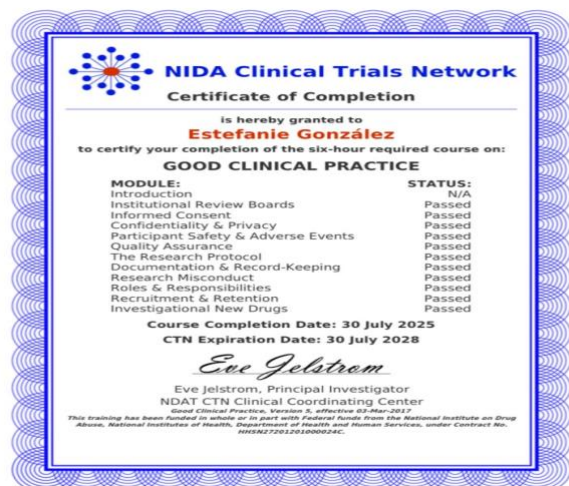
Evelin García 6699-3710

Albis Guevara 6879-2817

Nilka Maylin -Enfermera jefe encargada Sala de Hemodiálisis Hospital Rafael Estévez 6806-9736

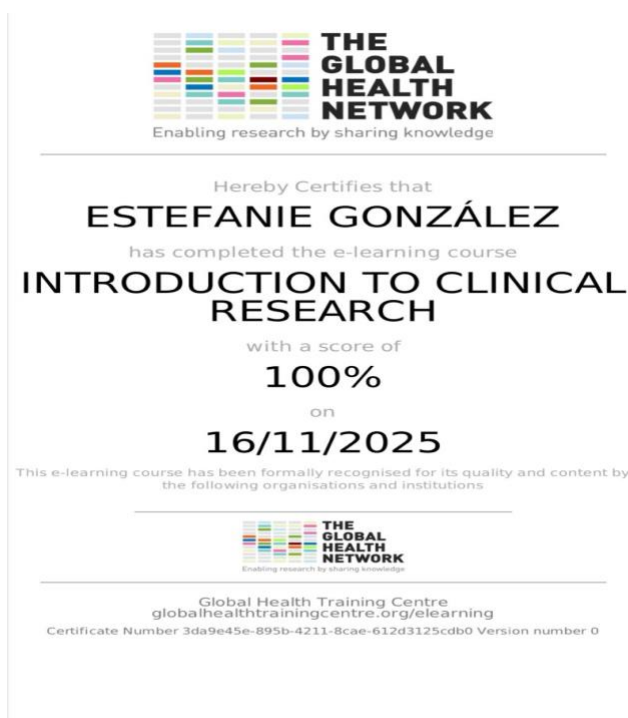
Anexo 9

Certificados de buenas prácticas clínicas de investigadora



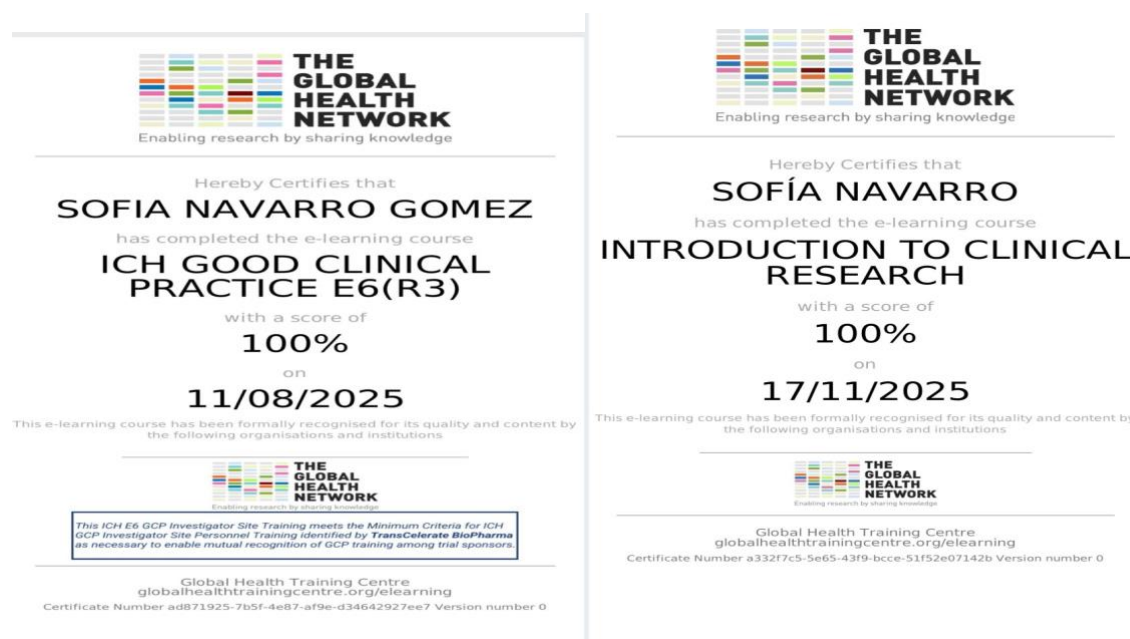
Anexo 10

Certificado de la investigadora sobre curso introducción a la investigación



Anexo 11

Certificado de cursos de asesora



Anexo 12

Idoneidad de la asesora

REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO DE SALUD

CONSEJO TÉCNICO DE SALUD

CONSIDERANDO:

Nº 253- C.T.

Que mediante apoderado especial, la **L.CDA. SOFÍA CLARIBEL NAVARRO GOMEZ**, con cédula de identidad personal Nº 2-722-17, ha elevado solicitud ante este Consejo en el sentido de que se le haga un reconocimiento oficial y se le autorice para ejercer libremente la Especialidad en **ENFERMERÍA NEFROLÓGICA**, para lo cual ha aportado los siguientes documentos:

a- Original y fotocopia de su Diploma de **MAGISTER EN ENFERMERÍA CON ENFASIS EN NEFROLOGÍA** expedido por la Universidad de Panamá el 13 de agosto de 2020.

b- Certificación del reconocimiento de idoneidad y derecho al libre ejercicio de la Enfermería, en todo el territorio nacional expedida por el Consejo Técnico de Salud, mediante Resolución Nº 603-C.T. el 25 de marzo de 2015.

Que el Comité Nacional de Enfermería, ha revisado su expediente y ha recomendado al Consejo Técnico de Salud, su reconocimiento como Enfermera Especialista en **ENFERMERÍA NEFROLÓGICA**.

Que el Consejo Técnico de Salud en su sesión ordinaria modalidad Virtual Nº 13 de 28 de julio de 2021, aprobó reconocer la idoneidad para el libre ejercicio de la Especialidad en **ENFERMERÍA NEFROLÓGICA** a la **L.CDA. SOFÍA CLARIBEL NAVARRO GOMEZ**, con cédula de identidad personal Nº 2-722-17.

RESUELVE

DECLARAR, idónea y reconocer oficialmente a la **L.CDA. SOFÍA CLARIBEL NAVARRO GOMEZ**, con cédula de identidad personal Nº 2-722-17 y autorizarla para ejercer libremente la Especialidad en **ENFERMERÍA NEFROLÓGICA**, en todo el territorio de la República, a partir de la fecha.

Ordenar el registro de la Especialidad de **ENFERMERÍA NEFROLÓGICA** en el libro de inscripción correspondiente que se lleva en la Secretaría del Consejo Técnico de Salud.

Dado en la ciudad de Panamá, a los veintiocho días del mes de julio del dos mil veintiuno.

[Firma]
DRA. IVETTE O. BERRIO AQUI
Viceministra de Salud y Presidenta del Consejo Técnico de Salud

[Firma]
DRA. MELVA L. CRUZ P.
Subdirectora General de Salud y Secretaria del Consejo Técnico de Salud

Este documento es la copia de su original
SECRETARÍA DEL CONSEJO TÉCNICO DE SALUD
Fecha: 25-10-21 Firma: *[Firma]*

Anexo 13

Aval del comité de bioética de la Universidad Santa María La Antigua

 **CBI- usma**
Comité de Bioética en la Investigación

Universidad Católica Santa María La Antigua
Comité de Bioética en la Investigación
CBI-USMA

Plantilla de Trabajo

Código: PT-007.2	Aprobación de Protocolo
Versión: 1.0	Fecha: 17 de noviembre 2021

Aprobación de protocolo

Por este medio informamos que, en reunión de este Comité, realizada (10/12/2025) donde se emitió dictamen luego de revisión se decidió **APROBAR** el protocolo en referencia.

Número del Protocolo:	2025-P097.
ID en ProEthos:	CBI-USMA.0204.01.
Título de Protocolo:	Asociación entre el conocimiento, la actitud y la práctica del cuidado humanizado de profesionales de enfermería ANEP- Azuero-Panamá, 2025.
Patrocinador:	Recursos propios.
Investigador Principal:	Estefanie Y. González J.
Nombre y Dirección del Sitio de Investigación aprobado:	ANEP- Azuero-Panamá.
Fecha de aprobación:	10/12/2025.
Fecha de vencimiento de aprobación:	10/12/2026.

Se revisaron y aprobaron los siguientes documentos			
Nombre	Versión	Fecha	Idioma
Protocolo.	Versión 1.	01/12/2025.	Español.
Consentimiento informado.	Versión 1.	01/12/2025.	Español.
Instrumentos para aplicar a los participantes.	Versión 1.	01/12/2025.	Español.

La aprobación está sujeta al cumplimiento de las siguientes responsabilidades del Investigador Principal, quien deberá velar y garantizar su cumplimiento durante el desarrollo del estudio en el sitio de investigación a su cargo:

- Conducir la investigación de acuerdo al protocolo aprobado.

CBI-USMA
Página 1 de 2

Anexo 14

Registro de la investigación en el registro nacional de investigación en salud

Sra. Estefanie Yamileth González Julio

Hemos recibido su solicitud referente al protocolo de investigación:

Asociación entre el Conocimiento, la Actitud y la Práctica del Cuidado Humanizado de Profesionales de Enfermería ANEP-AZUERO-Panamá, 2025

Su protocolo ha sido incluido en el registro de protocolos de investigación para la salud. **Registro número 4929**

Para acceder al Registro de Protocolos de Investigación para la Salud por favor ingrese a la plataforma en la siguiente dirección:

Anexo 15

Aval institucional de la Asociación Nacional de Enfermeras



ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE PANAMÁ
"SERVICIO, AMOR Y RESPONSABILIDAD"

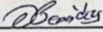
Aliada al:
CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (C.I.E.)
FEDERACIÓN PANAMERICANA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA (FEPEN)
GRUPO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CENTRO AMÉRICA Y DEL CARIBE (GPECOC)

CAPITULOS	Los Santos, 31 de octubre de 2025
Bocas del Toro	Magister
Coelá	Sofía Navarro
Coldá	Profesora Asesora
Chiriquí	Centro Regional Universitario de Los Santos
Durán	
Azuero	
Panamá Oeste	
Veraguas	Respetada Magister Navarro:
Guna Yala	

Por medio de la presente se le otorga la no objeción a la estudiante **Estefanie González**, con CIP 7-712-1112, estudiante graduanda de la Licenciatura de ciencias de Enfermería que dicta la Universidad de Panamá con sede en Los Santos, para que pueda ejecutar su proyecto de investigación titulado: "**Asociación entre el Conocimiento, la Actitud y la Práctica del Cuidado Humanizado de Profesionales de Enfermería Miembros de ANEP-Azuero-Panamá, 2025**".

Sin otro particular, de usted.

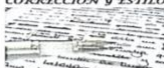
Atentamente



Mgter. Exclyz Hernández
Presidente ANEP- Capítulo de Azuero

Anexo 16

Certificado de revisión de ortografía y redacción

Dayra Yisel Agrazal C. de Jaén
CORRECCIÓN Y ESTILO

Dayra Yisel Agrazal C. de Jaén M.E.
Correctora de textos

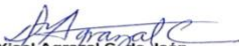
La suscrita, Dayra Yisel Agrazal C. de Jaén, profesora de Español, área Lingüística, en el Centro Regional Universitario de Veraguas,

CERTIFICA:

La revisión ortográfica, de redacción y estilo del trabajo de grado titulado: "Cuidado humanizado en la enfermería panameña: asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas, desde la perspectiva de Jean Watson, ANEP-Panamá, 2025."

Este trabajo fue elaborado por la estudiante **Estefanie Y. González J.**, con cédula 7-712-1112, para optar por el título de licenciatura en Ciencias de la Enfermería, Facultad de Enfermería, Centro Regional Universitario de Los Santos, Universidad de Panamá.

Para los fines pertinentes, se firma esta certificación el 16 de marzo, de dos mil veintiséis.


Dayra Yisel Agrazal C. de Jaén
Profesora de Español
Titular II, TC
Código: B617

Scanned with
CamScanner

Anexo 17

Cédula de identidad personal del revisor

REPÚBLICA DE PANAMÁ
TRIBUNAL ELECTORAL

Dayra Yisel
Agrazal Calderon

NOMBRE USUAL:
FECHA DE NACIMIENTO: 11-AGO-1972
LUGAR DE NACIMIENTO: GOOLE, NATA
SEXO: F DONANTE TIPO DE SANGRE: O+
EXPEDIDA: 15-MAR-2016 EXPIRA: 15-MAR-2026


2-145-170



Scanned with
CamScanner