EDITORIAL
NAVEGANTE



HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS

RELACIONADAS EN EL COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO DESDE EL MARCO DE LA ENFERMERÍA

HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS RELACIONADAS EN EL COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO DESDE EL MARCO DE LA ENFERMERÍA

REWARDS PALOMINO TAQUIRE

ÍNDICE

Índice de tablas 3

Índice de figuras 4

Introducción 6

Capítulo I CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE ENFERMERÍA 7

1.1. Historia de la enfermería 8

1.1.1. Etapa domésticazaje 9

1.1.2. Etapa vocacional 9

1.1.3. Etapa técnica 9

1.1.4. Etapa profesional 10

1.2. Influencia de Florence Nightingale para la era moderna en la enfermería 10

1.3. Enfermería como disciplina de cuidado en la era contemporánea 12

CAPÍTULO II HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS Y SU UTILIDAD EN LA ENFERMERÍA 13

2.1 Definición de habilidades 13

2.2 ¿Qué son las habilidades sociales? 14

2.3 ¿Clasificación de las habilidades sociales básicas 14

2.3.1. Comunicación 15

2.3.2. Asertividad 15

2.3.3. Toma de decisiones 16

2.4. Escala de evaluación de habilidades sociales básicas según Goldstein 17

2.5. Habilidades sociales en la enfermería ante la COVID-19 17

CAPÍTULO III COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO: ENFOQUE DE HUMANIZACIÓN EN LA ENFERMERÍA 19

3.1. Cuidado: descripción de su ejercicio en la enfermería 19

3.2. Conceptualización del cuidado humanizadoría 20

3.3. Deshumanización en el cuidado proporcionado en la enfermería 21

3.4. Modelo del sistema conductual realizado por Dorothy E. Johnson 22

CAPÍTULO IV HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS RELACIONADAS EN EL COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO PROMOVIDO POR ESTUDIANTES ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA 24

CAPÍTULO V HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS Y SU IMPORTANCIA EN EL COMPORTAMIENTO DURANTE EL CUIDADO EN LA ENFERMERÍA 59

REFERENCIAS 62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables Habilidad Social Básica y Comportamiento del cuidado otorgado 26

Tabla 2. Población-objeto de estudio 29

Tabla 3. Dimensiones de la escala Cuidado otorgado por el profesional de enfermería 30

Tabla 4. Medición de confiabilidad de las dimensiones de la escala Habilidades Sociales Básicas mediante Alfa de Cronbach 30

Tabla 5. Medición de confiabilidad de las dimensiones de la escala Comportamiento del cuidado otorgado mediante Alfa de Cronbach 31

Tabla 6. Estimadores de Alfa de Cronbach 32

Tabla 7. Observaciones de prueba piloto 32

Tabla 8. Confiabilidad de Alfa de Cronbach de la variable Habilidades Sociales Básicas 32

Tabla 9. Confiabilidad de Alfa de Cronbach de la variable Comportamiento para el cuidado otorgado 32

Tabla 10. Prueba de Kolmogorov-Smirnov (KMO) y Shapiro-Wilk 33

Tabla 11. Prueba de Wilcoxon 33

Tabla 12. Prueba de rangos con signos de Wilcoxon 33

Tabla 13. Coeficiente de Alfa de Cronbach de la escala Habilidades Sociales Básicas 34

Tabla 14. Coeficiente de Alfa de Cronbach de la escala Comportamiento para el cuidado otorgado 35

Tabla 15. Habilidades sociales según la edad 35

Tabla 16. Comportamiento del cuidado otorgado según la edad 36

Tabla 17. Habilidades sociales según el género 37

Tabla 18. Habilidades sociales según la universidad de egreso 38

Tabla 19. Comportamiento del cuidado otorgado según la universidad de egreso 39

Tabla 20. Habilidades sociales según el centro laboral 39

Tabla 21. Comportamiento del cuidado otorgado según el centro laboral 40

Tabla 22. Habilidades sociales según la condición laboral 41

Tabla 23. Comportamiento del cuidado otorgado según la condición laboral 42

Tabla 24. Habilidades Sociales relacionadas con la segunda especialidad en enfermería 43

Tabla 25. Comportamiento del cuidado otorgado según la segunda especialidad en enfermería 44

Tabla 26. Correlación de Spearman de las habilidades sociales básicas y comportamiento del cuidado enfermero otorgado 45

Tabla 27. Prueba Chi cuadrado de las habilidades sociales básicas y comportamiento del cuidado otorgado 46

Tabla 28. Correlación de las primeras habilidades sociales y humanismo / fe-esperanza / sensibilidad 46

Tabla 29. Prueba de hipótesis de las primeras habilidades sociales y humanismo / fe-esperanza / sensibilidad 47

Tabla 30. Correlación entre las dimensiones de las habilidades sociales avanzadas y de la ayuda y confianza 48

Tabla 31. Prueba de hipótesis de las habilidades sociales avanzadas y de la ayuda y confianza 49

Tabla 32. Correlación de las dimensiones Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos y Expresión de sentimientos positivos / negativos 50

Tabla 33. Prueba de hipótesis de las Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos y de Expresión de sentimientos positivos / negativos 51

Tabla 34. Correlación de las dimensiones Habilidades alternativas a la agresión y Enseñanza-aprendizaje 51

Tabla 35. Prueba de hipótesis de las dimensiones Habilidades alternativas a la agresión y Enseñanza-aprendizaje 52

Tabla 36. Correlación de las dimensiones Habilidades para hacer frente al estrés y Soporte / protección ambiente 53

Tabla 37. Correlación de las dimensiones Habilidades de planificación y Asistencia en las necesidades humanas 54

Tabla 38. Correlación de las dimensiones Primeras habilidades sociales y Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual 56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Habilidades sociales según la edad 36

Figura 2. Comportamiento del cuidado otorgado según la edad 36

Figura 3. Habilidades sociales según el género 37

Figura 4. Habilidades sociales según la universidad de egreso 38

Figura 5. Comportamiento del cuidado otorgado según la universidad de egreso 39

Figura 6. Habilidades sociales según el centro laboral 40

Figura 7. Comportamiento del cuidado otorgado según el centro laboral 41

Figura 8. Habilidades sociales según la condición laboral 42

Figura 9. Comportamiento del cuidado otorgado según la condición laboral 43

Figura 10. Habilidades Sociales relacionadas con la segunda especialidad en enfermeríalaboral 44

Figura 11. Comportamiento del cuidado otorgado según la segunda especialidad en enfermeríaedad 45

Figura 12. Diagrama de dispersión de las primeras habilidades sociales y humanismo / fe-esperanza / sensibilidadedad 47

Figura 13. Potencia de Chi cuadrado: habilidades sociales y humanismo / fe-esperanza / sensibilidad 48

Figura 14. Diagrama de dispersión entre las dimensiones de las habilidades sociales avanzadas y de la ayuda y confianza 49

Figura 15. Potencia estadística de Chi-cuadrado en las habilidades sociales avanzadas y la ayuda / confianza 49

Figura 16. Diagrama de dispersión de las dimensiones Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos y Expresión de sentimientos positivos / negativos 50

Figura 17. Prueba estadística Chi-cuadrado de las Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos y de Expresión de sentimientos positivos / negativos 51

Figura 18. Diagrama de la dispersión de las dimensiones Habilidades alternativas a la agresión y Enseñanza-aprendizaje 52

Figura 19. Potencia estadística de las dimensiones Habilidades alternativas a la agresión y Enseñanza-aprendizaje 52

Figura 20. Diagrama de dispersión de las dimensiones Habilidades para hacer frente al estrés y Soporte / protección ambiente 53

Figura 21. Potencia estadística de las dimensiones Habilidades para hacer frente al estrés y Soporte / protección ambiente 54

Figura 22. Diagrama de dispersión de las dimensiones Habilidades de planificación y Asistencia en las necesidades humanas 55

Figura 23. Potencia estadística de las dimensiones Habilidades de planificación y Asistencia en las necesidades humanas 55

Figura 24. Diagrama de dispersión de las dimensiones Primeras habilidades sociales y Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual 56

Figura 25. Potencia estadística de las dimensiones Primeras habilidades sociales y Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual 57

INTRODUCCIÓN

El tratamiento médico, desde los postulados de Hipócrates, tienen una distinción ética enfocada en el cuidado del paciente. El tratamiento de las dolencias o malestares físicos no es el único trabajo de los profesionales de la salud, sino que esta debe estar acompañada de prácticas de cuidado que apoyen a la persona a nivel emocional. Esto se debe a que, a pesar del conocimiento que se pueda tener sobre el funcionamiento del cuerpo, la persona enferma se encuentra en una posición de vulnerabilidad y zozobra que altera sus estabilidad mental y emocional, viendo afectadas también sus relaciones interpersonales.

La salud generalizada de una persona debe ser pensada en razón de todas las dimensiones que confluyen en la formación de su identidad como ser racional, social y emocional. Así, pues, la enfermería, como profesión responsable de las prácticas de cuidado integradas en el en el sistema de salud, debe preocuparse por habilidades que superan las aptitudes técnicas y metodológicas tales como la comunicación asertiva, el respeto, la empatía, esto es: habilidades sociales (White y Grason, 2019). Las relaciones interpersonales que se establecen en la práctica diaria de los servicios de salud son determinantes para una eficiente recuperación del usuario al cual se le asiste hasta lograr su autonomía y apropiación de prácticas de autocuidado para su reintegración a su vida habitual (Giménez *et al.*, 2019).

En la atención hospitalaria, las habilidades sociales de los enfermeros y enfermeras generan la primera relación efectiva entre el personal médico y el usuario. La necesidad de la atención médica supone el depósito de confianza de la persona en las capacidades prácticas del quienes conforman la institución; sin embargo, esto no supone una pasividad total del paciente para recibir el tratamiento, emociones como la ira, irritación, tristeza, duda, entre otras, podrían causar un entorpecimiento en el tratamiento de los malestares (Vargas et al., 2020). En ese sentido, la inteligencia emocional y social de los enfermeros, principal línea para la interrelación humanizada con los usuarios, condiciona el ambiente en el centro médico (Martin y Kallmeyer, 2018); su trato directo y empático con la carga emocional e ideológica de cada persona determina, entonces, la funcionalidad de todo el sistema de salud de la institución.

El cuidado tiene una base ética que no se supedita a la velocidad con la que se busca atender a un mayor número de personas; es decir, mayor cantidad de pacientes no significa menos calidad de atención. En momentos críticos como la actual crisis sanitaria causada por la COVID-19, el colectivo se encuentra en zozobra constante y hay una situación de pánico generalizado (Ramírez et al., 2020, Valero et al., 2020); la vuelta a la tranquilidad, si bien depende mucho de las capacidades técnicas para asegurar la salud de las personas, requiere en gran medida de las habilidades sociales del cuerpo médico y, en específico, de los enfermeros y enfermeras.

El cansancio emocional y la irritación generalizada por la incertidumbre son también problemáticas por las que el sistema de salud debe preocuparse. La formación de los profesionales en enfermería debe capacitarlos para un acompañamiento eficaz del paciente no es solo el portador de una enfermedad o una condición médica específica, sino que es un ser que piensa y siente de una manera específica. La adaptación del discurso y la comprensión de las preocupaciones de cada individuo es una tarea para la cual la enfermería ha sido pensada. El autocuidado como finalidad de las prácticas de cuidado es posible en tanto el personal de enfermería logre una relación eficaz con el usuario.

CAPÍTULO I

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE ENFERMERÍA

La práctica del cuidado ha estado presente a lo largo de la historia, desde las comunidades primitivas, orientado por preservar la especie y garantizar las necesidades vitales. Por ello, el núcleo de trabajo de la enfermería es el cuidado, en tanto este incorpore en su percepción conocimientos teóricos y prácticos suficientes para su aplicación de calidad. Así mismo, es importante tener en cuenta que la percepción del cuidado se corresponde con el contexto histórico que se viva, así como una serie de factores intrínsecos y extrínsecos al ser humano. Por lo cual, en la actualidad se percibe una evolución del término, debido al desarrollo teórico y tecnológico que lo sustenta. En ese sentido, en indispensable hacer uso de los recursos posibles, valorar los esfuerzos de la producción científica de enfermería y reconocer la investigación que se ha realizado (Alvarado y Godínez, 2016).

Hoy en día la enfermería es considerada como la profesión que se encarga de proporcionar los cuidados necesarios a las personas que lo requieren, en estado de enfermedad, recuperación, intervención o para prevenir futuros malestares y promocionar la vida saludable; no obstante, no siempre la enfermería ha sido considerada como una profesión digna de ser valorada como tal; a lo largo del presente capítulo se evidenciará que su historia se corresponderá con la manera de concebir a la mujer a lo largo de la historia de la humanidad (Caudevilla, 2019).

En ese sentido, influenciada por eventos filosóficos, históricos y contextuales, Florence Nightingale se convertirá en la pionera de la enfermería moderna, dado a que su pensamiento y acción aportó de manera significativa en el desarrollo de la enfermería, a tal punto de transformar la manera de percibirla y llegar a considerarla como una profesión. Esto, relacionado a que se trastocó la manera de percibir a la mujer como mujer-cuidadora al aportar esta en la curación de los militares enfermos partícipes de guerras, así como también gracias a la separación de la Iglesia y el Estado, unión que se consagró durante la Edad Media, por lo que la mujer que poseía conocimientos sobre las maneras de cuidar incluso llegó a ser perseguida y muchas veces vistas como seres oscuros. Ello dio un giro a raíz de la Revolución francesa, la Revolución Industrial, los Movimientos Obreros, entre otros acontecimientos que otorgaron voz a la mujer con la que contribuir en la estructura económica de toda nación, así como en la salud pública (Saltos y Huaiquián, 2020).

Así, pues, se hace necesario hacer un recorrido histórico de la enfermería a fin de atender la forma en cómo se ha consolidado como profesión y las relaciones que existen en su proceso en función a la injerencia del rol de la mujer en la sociedad en cada etapa de la historia. De esta manera, la historia funciona como un catalizador que permite a los seguidores de esta noble profesión continuar comprendiendo su propio proceso como grupo profesional y disciplinario (Núñez, 2019).

En suma, el presente capítulo tiene como objetivo fundamental presentar el transcurrir histórico de la enfermería a fin de contextualizar los acontecimientos que lograron generar saltos cualitativos a la conocida hoy en día como una profesión que no necesariamente se relaciona con la dirección por y para las mujeres, tal como lo proponía Florence Nightingale. De esta manera, se presenta en un inicio su historia dividida en cuatro etapas: doméstica, vocacional, técnica y profesional, las mismas que se condicen con la manera de percibir y la injerencia social que tuvo la mujer en determinado contexto.

Por otro lado. Se presenta la injerencia de Florence Nightingale para la era moderna en la historia de la enfermería, la cual llegó a consolidar un modelo teórico llamado el modelo Nightingale, el cual se expandió por todo el mundo y llegó a incidir significativamente en la salud pública, de ahí su relevancia. Por último, se tratará acerca de la enfermería como disciplina de cuidado en la era contemporánea a fin de dar nociones de lo correspondiente al comportamiento del cuidado como enfoque de humanización de la enfermería.

1.1 Historia de la enfermería

La historia de cualquier disciplina del pensamiento humano se hace relevante estudiar, dado que la producción del conocimiento histórico se fundamenta en la contextualización de un individuo, grupo o hecho social que un historiador ha escogido para ser estudiado. En relación a ello, aporta al autoconocimiento y la manera en que se estructuran las ideas de determinado contexto, lo cual coadyuva a configurarse nuevas ideas, valores y experiencias, con lo que es factible crear una nueva cultura y disciplina o enriquecerlas (Núñez, 2019).

Independientemente de la especialidad de la que se hable, la historia es la rama más importante del pensamiento y conocimiento humano, debido a que se fundamenta en ella la cultura que se obtiene de una sociedad o comunidad. Sirve, para una disciplina o profesión, como fuente de valoración de las raíces que han construido a esta, así como también dota al profesional de una comprensión y análisis cabal de las profesiones o disciplinas dentro de su propio contexto social. Por consiguiente, en cuanto a la enfermería, la investigación histórica cumple una función importante como fuente exclusiva de análisis del contenido desarrollo profesional y como evidencia de las maneras de abordar su esencia mediante el cuidado (Ancheta, 2017; Moreno *et al.* 2017).

La historia de la enfermería ha tenido saltos cualitativos importantes a partir de la incorporación de esta a la Universidad, hace casi cuatro décadas. Con ello, se han generado avances significativos en cuanto a los contenidos metodológicos que realizan los investigadores de la enfermería. No obstante, es importante apuntalar a cada época histórica para tener nociones más claras y específicas sobre el desarrollo de la profesión. Así, en la comunidad primitiva se brindaba solución a los síntomas presentados mediante prácticas mítico-mágicas en donde los sacerdote-brujos eran los responsables de la curación. Poco a poco, a través de la observación continua, acumulación de experiencias y transmisión de generación en generación, así como por la necesidad de ello, el acto de curar se convirtió en un fenómeno social (Marín, 2016; Águila *et al.* 2020).

Como profesión, la enfermería se consolidó en el siglo XIX, gracias a la pionera de la enfermería moderna, Florence Nightingale, de quien se hablará en el acápite 1.3. Se desprende de la historia de la enfermería, en este sentido, el rol considerablemente importante cumplido por las mujeres, por lo que se la suele relacionar a esta disciplina, de hecho, en la actualidad la enfermería es una profesión eminentemente femenina, con un 84,5% de profesionales de enfermería mujeres. Así, en tanto más desarrollado se encuentre la función que cumple la mujer en una sociedad, más avance tendrá la enfermería, ya sea como profesión o disciplina. Esto, debido a que la práctica, formación y selección del personal de enfermería se asocian directamente con la transformación histórica del proceso social y de producción. De esta manera, se evidenciará en la evolución histórica de la enfermería coincidencias con el rol que han cumplido las mujeres en la sociedad a lo largo del tiempo (Núñez, 2019; Caudevilla, 2019; Saltos y Huaiquián, 2020).

En ese mismo sentido, son dos los factores que trascienden en la historia de la enfermería: el protagonismo de la mujer y la importancia de los cuidados relacionados directamente con la satisfacción de las necesidades vitales (cuidados elementales y de supervivencia). De esta manera, el promedio y la calidad de vida fue en aumento. No obstante, no siempre la enfermería ha sido considerada importante y percibida como correcta; por el contrario, era rechazada y considerada como oscura, lo cual se relaciona a la manera en que se percibía a la mujer, como un ser inferior al hombre. Así, la mujer que ejercía la enfermería era considerada mundana y poco valiosas para la sociedad, lo cual se mantuvo hasta 1820 (Moreno *et al* 2017).

Por todo lo dicho, a continuación, se hará un breve repaso de las etapas históricas de la enfermería, las cuales se clasifican en cuatro a partir de la información recogida por diversos autores: etapa doméstica, etapa vocacional, etapa técnica y etapa profesional.

1.1.1 Etapa doméstica

Desarrollada durante la prehistoria y las primeras civilizaciones, es en esta etapa de la historia de la enfermería donde la mujer cobra un papel fundamental, ya que es la encargada de garantizar la supervivencia de su especie y cuidadora de sus hogares. Lo hombres, por otro lado, se dedicaban a la caza y pesca y las mujeres recolectaban los alimentos, por lo que fueron las primeras que encontraron sus propiedades. Así, ella usaba el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos para los cuidados y transmisión de bienestar. En el paleolítico, con el descubrimiento del fuego, las mujeres eran las que lo mantenían encendido y preparaban alimentos, así como diversas prácticas de cuidado con este elemento. Más adelante, surgieron sociedades y civilizaciones como Babilonia, el pueblo hebreo, India, Egipto, China, América, Grecia y Roma. Es en este contexto donde los cuidados se asociaban al mundo mágico-religioso y se limitaba al espacio privado y doméstico. De todas, destaca Egipto por su nivel de organización en cuanto a la higiene y salud pública dados los cuidados femeninos (Pons, 2017).

1.1.2 Etapa vocacional

Surgida la Edad Media, nace la etapa vocacional de la historia de la enfermería, aproximadamente desde el año 476 hasta el siglo XVIII. Tuvo una fuerte influencia del cristianismo, el cual expresaba su devoción mediante el cuidado y el amor hacia los más desposeídos: pobres y enfermos. Así, se crearon servicios de caridad, encargados por los diáconos y diaconisas (mujeres maduras, vírgenes o viudas), con lo que se atendía a los enfermos en sus hogares, sin importar la exposición a las enfermedades, ya que la religión pregonaba este tipo de actos a fin de consagrarse al Ser Supremo. La mujer otra vez cumplió un papel importante, debido a que el cristianismo le confirió la posibilidad de trabajar en tareas asistenciales (diaconisa) y de enseñanza cristiana. Se atiende a las enfermedades, así mismo, como un modo de redención, equiparable con lo ocurrido en la vida de Jesús. No obstante, la mujer que poseía conocimientos llegó a ser considerada como una amenaza por parte de la Iglesia y de esta manera fue reprimida y perseguida por esta (Alvarado y Godínez, 2016).

1.1.3 Etapa técnica

Desarrollada durante los siglos XIX y XX, esta etapa se asocia al surgimiento de los hospitales y la separación de la Iglesia y el Estado. Es así como se desarrollan los conocimientos en medicina, con lo cual se reflexiona sobre las causas de las enfermedades y en la manera de tratarlas. Así, se

empieza a concebir la necesidad de un personal especializado para tales tareas. Es en este periodo cuando surge la Revolución Industrial, con lo cual se trastoca los índices demográficos a tal punto de generar migraciones masivas y una revolución de los transportes. Así mismo, se generan revueltas obreras y con ellas la Primera y Segunda Guerra Mundial, lo cual condujo a la creación de más enfermeras y al desarrollo necesario de este oficio no considerado como tal, hasta entonces, lo cual condujo a su profesionalización y para lo cual influyó significativamente Florence Nightingale (Moreno et al. 2017; Águila *et al.* 2020).

1.1.4 Etapa profesional

Este periodo se encuentra vinculado a los movimientos de liberación femenina en el siglo XIX, a la par de la constitución de la Seguridad Social. De este modo, la enfermería se constituye como la ciencia del cuidado del ser humano que se caracteriza por su esencia y marca una gran diferencia ante las demás profesiones. Como disciplina profesional, la enfermería en la actualidad cumple una orientación práctica guiada por la teoría, la cual, a su vez, evoluciona a partir de la esencia de la realidad de la enfermería, tal como lo menciona Florence Nightingale. Esto, debido a que, a esta altura, la enfermería dispone de figuras teóricas, a comparación de la Edad Media, donde los procedimientos para tratar eran simples, mediante una actitud de abnegación, por lo que era suficiente una educación religiosa. Por el contrario, en esta etapa la enfermería cuenta con sólidas bases epistemológicas, a tal punto que se ha llegado a consolidar teorías y modelos orientados por medio del método científico (Dandicourt et al. 2017; Blanco y Betancourt, 2021).

1.2 Influencia de Florence Nightingale para la era moderna en la enfermería

Florence Nightingale (1820 - 1910) influyó decisivamente en la historia de la enfermería, pues su pensamiento y accionar influyó en la consolidación y desarrollo de la enfermería como profesión Así, llegó a convertirse en un referente importante para las instituciones de salud. Desde su adolescencia, Florence se apasionaba por la enfermería, lo cual se limitaba en su época a los cuidados de los familiares enfermos. Las mujeres que se dedicaban a ello se consideraba que carecían de educación. Nightingale, no obstante, decidida a convertirse en una enfermera profesional, en 1849 inicia enriquecedores viajes a Europa y Egipto; al año siguiente, ingresa como enfermera en el Instituto San Vicente de Paul en Alejandría; entre otros viajes a partir de entonces, es en París donde se iniciará como defensora de la reforma hospitalaria (Peraza, 2020).

Más adelante, durante el conflicto de Crimea (1853-1856), Florence tuvo que lidiar con concepciones que aún mantenía rezagos de lo anteriormente mencionado sobre la discriminación hacia las mujeres que ejercían esta noble labor, ubicada ella en los hospitales que albergaban médicos militares. Sin embargo, la inglesa no se detuvo en su vocación y, contextualizada en lo que una Revolución Industrial desembocó en aspectos demográficos, geográficos, sociales y de salud pública y ambiental, decidió hacer frente, mediante la educación de hombres y mujeres, a las problemáticas que aquejaban entonces, fundamentalmente, respecto a los determinantes del proceso de salud y enfermedad (Saltos y Huaiquián, 2020).

Su educación era de un nivel alturado, debido a que provenía de una familia acomodada. Esta se fundamentaba en estudios filosóficos y, sobre todo, en estudios clásicos y mitológicos. Es así como se configuró en ella una filosofía eminentemente lógica y ética. Así, Florence aportó a la ética hipocrática (no dañar y hacer el bien) y añadió nuevos principios; además, visibilizó la relevancia del

análisis crítico de la estructura social y del alcance de los conocimientos, así como del argumento válido, entre otros tópicos importantes que contribuyeron con la comprensión de las situaciones y condiciones en que vivían las personas (Águila *et al.* 2020).

Como voluntaria en la guerra de Crimea, introdujo los principios éticos de fidelidad y veracidad: fidelidad a los intereses de los pacientes por encima de cualquier otro, siempre que no afecten los derechos de otros y veracidad en las prácticas realizadas. Introdujo un plan organizativo que influyó en la asistencia sanitaria, con lo que logró reducir la mortalidad de los militares combatientes en el campo de batalla. De esta manera, se trastocó la percepción de la mujer-cuidadora, lo que condujo a la profesionalización de la enfermería y se logró dar, así, un salto cualitativo en la historia de la enfermería: de una práctica empírica a una profesión científica, de la cual no se podía prescindir a fin de conservar la salud pública e individual (Santainés et al. 2016; Moreno et al. 2017)

Como voluntaria en la guerra de Crimea, introdujo los principios éticos de fidelidad y veracidad: fidelidad a los intereses de los pacientes por encima de cualquier otro, siempre que no afecten los derechos de otros y veracidad en las prácticas realizadas. Introdujo un plan organizativo que influyó en la asistencia sanitaria, con lo que logró reducir la mortalidad de los militares combatientes en el campo de batalla. De esta manera, se trastocó la percepción de la mujer-cuidadora, lo que condujo a la profesionalización de la enfermería y se logró dar, así, un salto cualitativo en la historia de la enfermería: de una práctica empírica a una profesión científica, de la cual no se podía prescindir a fin de conservar la salud pública e individual (Santainés et al. 2016; Moreno *et al.* 2017)

De esta manera, Nightingale se consagra como la pionera de la enfermería moderna. Así, más adelante logró establecer el programa de formación en enfermería que se circunscribió en el hospital Saint Thomas, en Londres. Así mismo, se construyeron escuelas de enfermería, así como se constituyó el Concilio Internacional de Enfermeras con el objetivo de mejorar la calidad de la enfermería para ser más eficaces en cuanto a los cuidados de los enfermos. Se logró expandir el plan formativo de Nightingale por todo Europa, EE.UU., entre otros países. En ese sentido, sus principales acciones se destinaban a la organización y articulación de las mujeres enfermeras. Con ello, se accionaba de acuerdo a los niveles, se fortalecía las organizaciones nacionales de enfermería, se optimizaba el nivel de la profesión, así como se contribuía a su desarrollo; se colaboraba, en suma, con el desarrollo académico, social y económico con los profesionales de la enfermería a fin de respetar los principios de equidad y de cuidado a los que cuidan (Águila et al. 2020; Santainés *et al.* 2016).

Con todo, de acuerdo a lo afirmado por Serdarevich (2017), se identifica a lo realizado por Florence Nightingale como actos de abnegación y sacrificio que se exigía a las mujeres a mediados del siglo XIX. Así, a pesar de las transformaciones que se dieron en cuanto a la percepción de las enfermeras por más de un siglo, no se lograron, estas, despojar de los esquemas mentales que las ubicaban en las concepciones que los varones compartían respecto al deber ser de la mujer dedicada exclusivamente a las actividades de los cuidados. Esto se explica por la educación que la propia Florence recibió, así como por las estructuras patriarcales que aún imperaban en la profesión. De esta manera, se manifiesta su ímpetu y creencia sólida en que las mujeres son las que en algún momento de su vida se van a dedicar a los cuidados, con lo que el modelo de Nightingale proponía feminizar la enfermería. Por ello, el don del cuidado era relegado exclusivamente a las mujeres: se crearon unidades de escuela donde las estudiantes se internaban, las cuales eran dirigidas por enfermeras superiores independientes de la dirección hospitalaria.

Así, a la par de la instauración mundial del modelo Nightingale, surgieron otros, debido a la vinculación de diversas instituciones a la enfermería a finales del siglo XIX, entre ella está el Comité Internacional de la Cruz Roja (1863) que tuvo como objetivo servir en catástrofes sociales o naturales; por otro lado, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), ubicado en Londres, surgido en 1899, el cual se configuró como la primera organización internacional de profesionales de la salud que se mantiene hasta la actualidad. Este, mantiene uno de los pilares del modelo Nigtingale: dirigido por y para enfermeras (Ranacciotti y Valobra, 2017).

1.3 Enfermería como disciplina de cuidado en la era contemporánea

Los seres humanos se han dedicado, a lo largo de la historia, a garantizar su continuidad en la vida y de la perpetuación de su especie; para ello, se dividen las tareas que aseguren la satisfacción de sus necesidades vitales, tales como la alimentación, protección, defensa, entre otros. Así, el cuidado se manifiesta como parte intrínseca de la organización social; no obstante, como se ha evidenciado a lo largo de la historia de la enfermería, la percepción que se tenga de este va a depender de cada contexto histórico, el lugar del que se trate y el desarrollo de la propia enfermería en este, además del tipo de atención a la salud que se ofrezca por la concepción de salud que se tenga, entre otros factores intervinientes. En este sentido, de acuerdo a lo aludido por Dandicourt (2018), cuidar implica movilizar las habilidades o, en términos contemporáneos, competencias de las que se dispongan en relación al bienestar del ser humano, ya sea en estado de salud o enfermedad, y considerar para ello sus costumbres a fin de lograr desarrollarlo desde su nacimiento hasta su muerte. Es así como la actividad del cuidado demanda habilidades relacionadas a la percepción, comprensión, ingenio, inventiva, creatividad, entre otros.

La historia del cuidado se contextualiza, entonces, en cada época histórica. Las necesidades formaron parte de sus primeras motivaciones, movilizados lo que ejercían estos por instinto o por la cultura de la época; no obstante, se ha evidenciado los saltos cualitativos que este ha tenido en el trascurrir histórico de la enfermería, hasta constituirse como una profesión, gracias a los aportes realizados por Florence Nightingale (Espinoza *et al.* 2021).

Relacionado a ello, el cuidado profesional de enfermería consiste en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que aquejan la salud a partir de la aplicación de una serie de conocimientos sistematizados. Es de esta manera que el cuidado requiere del conocimiento científico, de un enfoque holístico que contemple el contexto social, económico, legal. En ese sentido, se requiere de enfermeros que cumplan con las características necesarias para la realización de un cuidado ético y de calidad: enfermeros con un enfoque humanista, con competencias de comunicación y pensamiento crítico (Aguirre, 2020).

CAPÍTULO II

HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS Y SU UTILIDAD EN LA ENFERMERÍA

El fortalecimiento del proceso de aprendizaje, que consiste en un sistema de entrenamiento para los profesores responsables del programa, propone que tanto los estudiantes de enfermería y los científicos que investigan en disciplinas adyacentes a las ciencias médicas se involucren en el desarrollo de las competencias de los estudiantes. Esto es válido mediante la planificación de un plan de estudios complementario para la práctica y las habilidades sociales, y el diseño de un sistema de evaluación de las competencias de los estudiantes. Para ello, se requiere la mejora del apoyo al aprendizaje mediante la promoción de la comunidad para formar parte de la práctica clínica y la facilitación de la tecnología de autoaprendizaje (Chooprom *et al.*, 2021).

La educación de enfermería que promueve la socialización profesional en los estudiantes de enfermería ha desarrollado diversos modelos, efectos positivos para mejorar las habilidades sociales y el impacto de la autoeficacia y la autoestima y ha fomentado el compromiso profesional y la identidad profesional (Matsumori y Kageyama, 2021). Sin embargo, la pérdida de idealismo de la identidad profesional después de la graduación debe ser considerada con el apoyo de los instructores y mentores. Para establecer la identidad profesional de enfermería sin problemas, los instructores de enfermería deben desarrollar habilidades de apoyo mediante la comprensión de la etapa de socialización con los pacientes.

El presente capítulo tiene como objetivo delimitar las habilidades sociales que deben tener los enfermeros para poder tomar decisiones acertadas sobre cómo prestar una atención de alta calidad al paciente. Para ello, se consideran clasificaciones como las de Golstein, respecto a las generalidades de las emociones y los pensamientos no deben considerarse como conceptos diferentes, ya que son indispensables el uno para el otro. Un individuo con una avanzada capacidad de pensamiento crítico también se le permite desarrollar un elevado nivel de inteligencia emocional (Kaya *et al.*, 2018).

2.1 Definición de habilidades

Las habilidades, de acuerdo con los postulados teóricos de Butler et al. (2017), se definen como las aptitudes que tienen los seres humanos para el desarrollo de múltiples acciones, desde las consideradas fundamentales —traslación, habla—, hasta aquellas que involucran el empleo de todos los constituyentes cerebrales —conversaciones, investigaciones científicas, aplicación de proyectos sociales—. Las habilidades son constituyentes psicológicos que se guían mediante la intención de la persona y se ejecutan con éxito en un contexto determinado. Las habilidades se explicitan mediante un conjunto de nociones que involucran interrelacionar la volición de la persona y la realidad a enfrentar en un período específico.

Dentro del campo semántico de la terminología habilidad, se engloban categorías gramaticales que se correlacionan mediante connotaciones —en strictu sensu— como 'capacidad de desarrollo de una acción'. Se incluyen nociones como las de DISPOSICIÓN, de SABER HACER, de APTITUD, de TALENTO, de POTENCIAL y de DESTREZA, afines al núcleo semántico con el que se describen psicológica y sociológicamente las dimensiones factuales humana. La delimitación de las habilidades,

según los postulados filosóficos, psicológicos y sociales de Figà (2021), constituye el conocimiento de la realización social y cultural de las actividades cotidianas y su influencia en las interacciones interpersonales.

La habilidad se enmarca en la factibilidad de socialización, debido a que engloba el desarrollo de la voluntad de realizar un determinado acto. Según las teorías filosóficas de la capacidad, el agente tiene la posibilidad de ejecutar una acción independientemente de su conocimiento de los procesos que la involucran, pero se considera que, con el apoyo de otras personas, se desarrolla de manera sofisticada la habilidad. Otro enfoque, el psicológico, propone que la habilidad sea definida en términos de disposiciones y potenciales relacionadas con el nivel de socialización (Hofferberth, 2019).

2.2 ¿Qué son las habilidades sociales?

Las habilidades sociales, de acuerdo con las generalidades teóricas de Abbass et al. (2021), son las capacidades mediante las cuales el ser humano facilita sus procesos interactivos con los demás, las cuales delimitan las normas sociales de la interrelación verbal y no verbal en el hombre. Estas acciones se emplean para interactuar eficazmente con los demás, a fin de generar categorías, como las de dominación vs. sumisión, amor vs. odio, afiliación vs. agresión y control vs. autonomía. Las habilidades sociales implican que un emisor o grupo de emisores generen mecanismos de escucha activa, mutua en la delegación de mensajes que se desean comunicar a un receptor o grupo de receptores.

Los psicólogos sociales estudian el aprendizaje de las habilidades interpersonales mediante las actitudes y el comportamiento basados en las convenciones sociales orientadas a objetivos determinados por los fines interaccionales. Un ejemplo prototípico es la interacción laboral iniciada por un empleado nuevo con un empleado experimentado, la cual contiene un objetivo específico, el recopilar información y un subobjetivo, el establecer una relación para obtener el objetivo principal (Maida, 2020). En culturas como la japonesa, se distinguen entre *tatemae*, que significa convenciones y expresiones verbales, y *honne*, que significa el verdadero motivo que hay detrás de las convenciones.

El conductismo interpreta las habilidades sociales como conductas aprendidas que funcionan para facilitar el refuerzo social. Las habilidades sociales se entrenan de acuerdo con modelos de conducta en los que se realice una toma de conciencia en el conocimiento de problemas y de dimensiones socioculturales en entornos cognitivos y las técnicas cognitivas. La psicología correlaciona las habilidades sociales con las habilidades conductuales debido a los estudios que se realizan en variedades de poblaciones, incluso en recuperación del tratamiento de adicciones como en el enfoque de refuerzo comunitario (Hayes y Hofmann, 2020).

2.3 Clasificación de las habilidades sociales básicas

Las habilidades sociales se clasifican según la estrategia que utilicen durante las tareas VSPT: una estrategia encarnada, de auto-rotación, frente a una estrategia desencarnada, basada en reglas. No obstante, una revisión general propone que las habilidades sociales evidencien subtipos como el de comunicación, la asertividad y la toma de decisiones. Estas habilidades se manifiestan en actividades en las que se requiere que los participantes hagan juicios espaciales sobre estímulos sociales o no sociales, sin contextualizar el estado de salud mental ni neurotípica sino la pertinencia

de las estrategias con las que se realicen acuerdos sociales.

Tras estudiar diversas explicaciones de las habilidades sociales, se observa que los científicos denominan con las mismas categorías de comportamiento como competencias sociales, otros - como habilidades sociales, otros - como capacidades sociales, etc. Además, los autores presentan una variedad de clasificaciones diferentes de grupos de habilidades sociales y las diferentes estructuras de las habilidades sociales. Se debe analizar y sistematizar las explicaciones de las habilidades sociales con referencia a los datos de la investigación científica de varios países (Febriana y Abkara, 2017).

Como resultado del análisis y la sistematización de los datos científicos, ofrecemos un modelo de la estructura de las habilidades sociales y ofrecemos una interpretación del concepto de habilidades sociales como un constructo multidimensional creado a partir de componentes estructurales integradores, superpuestos y complementarios entre sí de: 1) habilidades de interacción; 2) habilidades de comunicación; 3) habilidades de participación 4) habilidades emocionales; y 5) habilidades de cognición social. Cada componente de las habilidades sociales está formado por determinadas habilidades de comportamiento (Jurevieiene *et al.*, 2012).

2.3.1 Comunicación

La comunicación, desde el punto de vista pragmático-lingüístico de Scarantino (2017), es un mecanismo con el que se responden las interrogantes generadas respecto a las divisiones entre las dicotomías que proponen la existencia de un referente interrelacionado con el emisor. El proceso comunicativo implica una amplia gama de comportamientos diferentes en los que se explicita una transferencia de informaciones, o para limitar lo que puede incluirse en la categoría intenciones conscientes persuasivas. Los hechos comunicativos conforman un fenómeno universal, la cual es factible de ser analizada en unas disciplinas del estudio académico institucional.

Las actividades realizadas en las dimensiones comunicativas, desde los postulados teóricos de la Semiótica, son hechos sustancialmente superpuestos y recursivos en lugar de pasos en una secuencia de interacción entre dos personas o más. Las acciones comunicativas pueden comenzar antes de que un comunicador formule un intento consciente de hacerlo, como en el caso de los fáticos (McComb y Kennedy, 2020). Asimismo, los emisores modifican sus formulaciones de un mensaje en respuesta a la retroalimentación en tiempo real, verbi gratia, los cambios en la expresión facial.

La sociología y la psicología clasifica la comunicación mediante dos dimensiones en las relaciones sociales: actitud, indicador del vínculo emocional y unión, engarce entre la realidad y los agentes de la comunicación. A través de estas cuadrículas analíticas, se describen los equilibrios y/o desequilibrios de una relación social en las orientaciones similares entre emisores y receptores en un contexto específico. La descripción de procesos comunicativos es relevante porque se describe la dimensionalidad de las relaciones de poder, las cuales se engarzan en torno a un objeto —tema de conversación— y se manifiestan en las posturas que se toman al realizar el análisis de otras dimensiones comunicativas (Feldman y Newcomb, 2019; Merskin, 2019).

2.3.2 Asertividad

La asertividad, de acuerdo con Cohen (2018), es la habilidad social, mediante la cual se tiene seguridad y confianza en uno mismo sin ser agresivo. En el campo de la psicología y la psicoterapia,

es una forma de comportamiento que se caracteriza por una sólida afirmación de un hecho específico sin amenazar agresivamente los derechos del receptor (cuando se asume una posición de dominio) o permitir sumisamente que otro ignore o niegue los derechos o el punto de vista de uno. Se considera una habilidad vital fundamental y se recomienda que los niños la desarrollen en los procesos de aprendizaje escolar para que sea practicada en su formación como ciudadanos.

La asertividad se desarrolla desde el punto de vista antropológico mediante un método de pensamiento crítico en el que un individuo habla en defensa de sus puntos de vista o ante una información errónea. Las personas asertivas son capaces de ser francas y analizar la información y señalar las áreas de información que carecen de sustancia, detalles o pruebas (Hoffman y Verdooren, 2019). La asertividad favorece el pensamiento creativo y la comunicación, puesto que en cualquier comunidad humana es un factor de las prácticas sociales y culturales en el momento de la investigación.

En las sociedades europeas y norteamericanas, no siempre se animaba a los niños a desarrollar su capacidad de escucha y tolerancia en todos los ámbitos sociales, culturales, por lo que, una normativa social era la obediencia de las órdenes de sus padres. Sin embargo, hoy en día, los niños de todo el mundo emplean la asertividad a fin de participar legalmente en las decisiones sobre su vida mediante la emancipación legal antes de tiempo y pueden alcanzar los derechos de un adulto entre los catorce y los dieciséis años. La asertividad es definida también como una habilidad conductual enseñada por muchos expertos en desarrollo personal, terapeutas de la conducta y terapeutas cognitivo-conductuales que se asocian con el tratamiento de la autoestima (Ball *et al.*, 2021).

2.3.3 Toma de decisiones

La toma de decisiones, desde los postulados de la psicología organizacional de Cravens *et al.* (2021), es la habilidad social manifestada mediante el proceso cognitivo con el que se seleccionan nociones o cursos de acción entre varias opciones alternativas posibles, las cuales son pertinentes a un elemento de la realidad o constituyen inviabilidades en la resolución de problemas. El proceso de toma de decisiones es un proceso de razonamiento basado en supuestos de valores, preferencias y creencias del decisor. La importancia de la toma de decisiones es la producción de una elección final, que puede o no impulsar la acción.

La toma de decisiones también se considera como una actividad de resolución de problemas que da lugar a una solución considerada óptima, o al menos satisfactoria. Decidir es un proceso que puede ser más o menos racional o irracional y que puede basarse en conocimientos y creencias explícitas o tácitas (Maldonato *et al.*, 2018). El conocimiento tácito se utiliza a menudo para colmar las lagunas teóricas de los procesos complejos decisivos en actividades que implican un compromiso ético del agente y que debe ser comunicado con otros agentes interesados en el proceso.

La toma de decisiones implica el análisis de un conjunto finito de alternativas según criterios de evaluación, de acuerdo con su atractivo para el responsable de la toma de decisiones cuando se consideran simultáneamente todos los criterios. Otro criterio es el hallazgo de la mejor alternativa o la prioridad de cada alternativa —específicamente cuando hay proyectos sociales de magnitud importante para el desarrollo de un país— cuando todos los criterios se consideran simultáneamente. El análisis de decisiones con criterios múltiples (MCDA), los cuales explicitan resultados diferentes cuando se aplican exactamente a los mismos datos, ello genera una paradoja tanto en quienes realizan la decisión como en los investigadores (Sotiropoulou y Vavatsikos, 2021).

2.4 Escala de evaluación de habilidades sociales básicas según Goldstein

Las habilidades sociales básicas, según Goldstein, se clasifican de acuerdo con la edad cronológica con la que se aplican —para la primera infancia, la edad primaria y la adolescencia— y se modelan para delimitar el nivel de empleabilidad de dichas habilidades. Esto implica una describieron los procesos de modelado, ensayo del comportamiento y refuerzo que son la base del enfoque en los que se deben estimular y conformar las conductas que explicitarán un amplio nivel de habilidad social. Se genera un enfoque más psicoeducativo, en el que se considera al individuo como una persona que necesita ayuda en forma de capacitación en habilidades.

El método proporciona un aprendizaje activo y deliberado de los comportamientos deseables para reemplazar los comportamientos menos productivos. Esta capacidad se adquiere en parte a través del conocimiento de un conocimiento conductual específico en una situación de actor social. El objetivo de la investigación en la sociología y en la psicología relacionada con las habilidades interpersonales es encontrar todos los medios educativos que permitan a los educandos adquirir el mejor control posible de acciones y reacciones adaptadas a su organismo y su entorno (Sung, 2017).

Las técnicas de evaluación de habilidades sociales en esta área aún están poco formalizadas, es decir enseñadas como tales, pero tienden a desarrollarse. En particular, hay muchos métodos sobre este tema en los repositorios digitales, adaptados a una amplia gama de habilidades interpersonales o habilidades blandas. No se oponen, sino que por el contrario se articulan y complementan con el tercer vértice del triángulo de competencia con conocimientos o saberes más teóricos y alejados de la práctica (Kitto *et al.*, 2020).

El saber hacer significa todas las habilidades operativas relacionadas con el ejercicio de una profesión. Sin embargo, no existe jurisdicción fuera del contexto en el que se ejerce; y todo modo relacional en el trabajo es atravesado por el operacional. Sin embargo, cada uno tiene su campo; y el de las habilidades interpersonales, es la relación que acompaña al ejercicio del saber hacer. Tanto es así que podría definirse como un arte de convivencia con sus socios.

Se trata de las nuevas tecnologías que transforman el mundo del trabajo y aceleran la adaptación de los puestos de trabajo. En este contexto, las habilidades blandas resultan ser habilidades más duraderas para las empresas que las habilidades duras porque son habilidades más estables que los conocimientos técnicos. Las habilidades interpersonales proporcionan la agilidad necesaria para adaptarse y seguir siendo eficientes en un entorno profesional en constante evolución. Las habilidades interpersonales refuerzan y complementan el saber hacer porque crean valor en la gestión de interfaces y la resolución de situaciones complejas o en la gestión del cambio (Fareri *et al.*, 2020).

2.5 Habilidades sociales en la enfermería ante la COVID-19

La empatía es el reconocimiento y comprensión de los sentimientos y emociones de otro individuo. En un sentido más general, representa el reconocimiento de los propios estados no emocionales, como las propias creencias. En este último caso, se trata más concretamente de una cuestión de empatía cognitiva. Esta comprensión se produce a través de un descentramiento de la persona (o animal) y puede conducir a acciones relacionadas con la supervivencia del sujeto objetivo

de la empatía, de forma independiente, y en ocasiones incluso en detrimento de los intereses del sujeto que siente la empatía (Ross y Atkinson, 2020).

La higiene es una serie de prácticas que se realizan para preservar la salud. La higiene personal se socializa en la pandemia de la covid-19 mediante la higiene del hogar y cotidiana, higiene personal, higiene médica, higiene del sueño e higiene alimentaria. Asimismo, se incluye opciones de hábitos personales tales como la frecuencia con la que debe ducharse o bañarse, lavarse las manos, cortarse las uñas y lavar la ropa. También incluye atención para mantener limpias las superficies del hogar y el lugar de trabajo, incluidas las instalaciones del baño (Sorenson, 2021).

Otra de las habilidades sociales durante la pandemia por el coronavirus es la difusión vía redes sociales del funcionamiento sistémico de las acciones humanas que lo dañen hasta el punto de dañar a las generaciones actuales o futuras; e implementar acciones correctivas. Esta acción es, por tanto, científica, porque requiere el desarrollo de nuestro conocimiento actualmente limitado en este campo; ciudadano, ya que las decisiones a tomar tienen un costo para las generaciones actuales y un impacto para las generaciones futuras; políticas, porque las decisiones a tomar son necesariamente colectivas y en ocasiones globales. En 2020, la creación simultánea de comités de prevención del covid-19 y la necesidad de una sinergia entre los órganos gubernamentales correspondientes en los países desarrollados marcó el punto de partida de la voluntad de actuar a nivel colectivo (Barman *et al.*, 2021).

CAPÍTULO III

COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO: ENFOQUE DE HUMANIZACIÓN EN LA ENFERMERÍA

El cambio de paradigma hipocrático sobre la salud se ha concentrado en la objetividad del conocimiento, su carácter científico, y ha olvidado sus motivaciones éticas del cuidado. La lectura selectiva del juramento hipocrático ha hecho de las ciencias médicas una praxis desarraigada de su carácter humano, enfocándose en las posibilidades del conocimiento del cuerpo humano. Lo cual ha devenido en un desarrollo exponencial de la epistemología de la salud pero en el decaimiento de la ética del trabajo; la posición de poder causada por el conocimiento del médico le confiere un poder que objetiviza al usuario y olvida su carácter humano (Sanchez y Taype, 2018). Esto, sumado a políticas del mercado que industrializan el servicio médico, ha terminado por alienar aún más el ejercicio de la medicina para dejar de lado las prácticas de cuidado que acompañan el saber científico (Justich, 2015).

Las prácticas de cuidado, si bien son una accione generalizadas y no necesitan de una instrucción específica, se ven institucionalizada en la profesión de la enfermería. Es en la praxis que estos profesionales de la salud reincorporan la humanización del trato a los usuarios del centro médico, siendo su trabajo una reunión de habilidades pragmáticas de la medicina aplicada y habilidades socio-emocionales que apalancan la relación óptima entre el paciente y el cuerpo médico (Savieto *et al.*, 2019). La misión ideal de la enfermería es pues la atención del usuario, lo cual abarca desde lo fisiológico hasta lo emocional, pasando por todas las dimensiones del paciente en su carácter humano.

3.1 Cuidado: descripción de su ejercicio en la enfermería

La práctica interpersonal del cuidado es la aplicación metodológica y científica de los conocimientos, habilidades y aptitudes para conseguir el máximo potencial del ser humano en sus experiencias de salud. A partir del ello, el objetivo de la enfermería se encuentra en que el paciente logre el autocuidado; en otras palabras, la gestión de los cuidados brindados por la enfermería busca la salud plena del usuario, la cual consiste en la admisión de una vida saludable para sí mismo y en el seguimiento de su propio tratamiento. Esto, sin embargo, resulta una descripción clásica del ejercicio de la enfermería pues se enfoca en la relación de los individuos con la institución de manera particular y en razón de una dolencia previa; es decir, la enfermería es entendida como el tratamiento de los enfermos.

El cuidado, como base común para la definición de la enfermería de manera histórica, tiene muchas acepciones, las cuales dependen de cómo es percibida la relación del cuerpo de enfermeros con los usuarios de su atención. Así, el perfil del enfermero, las responsabilidades de la institución que brinda servicios de salud y la conceptualización de sus usuarios altera la forma en que son dirigidas las prácticas de cuidado (Blasdell, 2017). El contexto económico y sociocultural determina la manera en la que se gestionan los cuidados, el diseño de flujogramas de acción o el de proyectos de actividades se sostienen en el grupo al que está direccionado; es decir, es la relación entre la institución y el colectivo social, el ejercicio de la enfermería abarcará todo aquello que sea entendido en determinado momento como propio de sus funciones (Lagoueyte, 2015).

El ejercicio de la enfermería ha recuperado varios de sus principios iniciales desde la reinterpretación del juramento hipocrático, abandonando el juicio racionalista de sus ejercicios como el tratamiento exclusivo de las enfermedades. De esa forma, la metodología científica en la práctica de la enfermería ha integrado la dimensión social del usuario en cada una de sus fases; las responsabilidades de los centros de salud sobre el cuidado de los pacientes se extiende al colectivo que integra la comunidad cercana a sus inmediaciones: no es el usuario quien ingresa al centro de salud, es este último quien busca acceder a un mayor número de personas de manera dinámica y horizontal, es decir, sin imponer de manera paternalista sus funciones médicas (Cole *et al.*, 2017).

Así, dependiendo de cómo sea percibido el usuario (colectivo o individual, usuario habitual o nuevo, situación de peligro, identidad de género o étnica, etc.), el método científico de la enfermería es ajustado según las necesidades que se presenten (Delgado y Naranjo, 2015; Martínez *et al.*, 2020). Por ello, en la valoración, momento inicial de la atención, no solo se determina la situación fisiológica de la persona, sino también la forma en que se identifica (la carga ideológica que todo humano lleva consigo); la observación, inaugural del método, atiende a la totalidad del usuario, a nivel físico, ideológico y emocional (Alves *et al.*, 2015).

El diagnóstico establecido por tales paradigmas, que da paso a la planeación de cuidado, se establece en razón de las necesidades de la persona, las cuales, como se ha mencionado, no se reducen a cuestiones físicas. En la planeación de los cuidados, entonces, se establece la intervención a realizar desde el abordaje mismo al paciente, la forma en que se va a tratar su padecimiento y la manera en que se establecerá el diálogo a través de la empatía y el respeto hacia su persona (Camacho *et al.*, 2015). El cuidado, a través de la fórmula comunicativa utilizada, se establece en una relación horizontal de respeto mutuo sin imposición de prácticas de cuidados sino de convencimiento para que el usuario acepte ser atendido, promoviendo así el propio autocuidado. Finalmente, la aplicación y evaluación del cuidado en la práctica médica continúa la metodología científica midiendo la eficiencia de las estrategias médicas aplicadas y la aceptación del cuidado desde la óptica del paciente (Bautista *et al.*, 2016).

3.2 Conceptualización del cuidado humanizado

Si bien la teoría actual del cuidado ya tiene presente la importancia de las necesidades emocionales del usuario, la praxis se sostiene en una relación sujeto-objeto que reduce a la persona a su padecimiento. El cuidado humanizado, al contrario, establece que la enfermería se establece a partir de una relación sujeto-sujeto, donde el usuario no se ve reducido a su condición de enfermedad a tratar, sino desde su complejidad humana establecida desde las diferentes aristas sociales como lo conforman e integran su identidad (Llanez *et al.*, 2018). De ello que, para la humanización de las prácticas de cuidado, el diálogo y el respeto sean pilares para el establecimiento horizontal de la relación entre cuidador y paciente; el enfermero no se superpone al paciente por sus conocimientos médicos (sujeto-objeto), sino que dialoga y entiende cómo percibe el paciente su enfermedad y el tratamiento que se le ofrece (sujeto-sujeto) (Martínez, 2019; Silva y Kowal, 2020).

La enfermería es una disciplina que nace de la institucionalización de políticas de cuidado que humanizan el tratamiento médico. El término humanización, aplicado a las prácticas de cuidado, se forma desde los dos participantes en las relaciones transpersonales en su complejidad intersubjetiva donde dos visiones del mundo (la del paciente y el enfermero) se encuentran en un momento, generalmente, de incertidumbre para la persona que recibirá los cuidados. El cuidado humanizado,

entonces, no solo busca erradicar la enfermedad, sino que tiene por objetivo posibilitar al paciente a recuperar su situación de salud que lo define como sujeto autónomo (Simões y Sapeta, 2019); en otras palabras, el cuidado humanizado se enfoca en la identidad del paciente, en la forma que se relaciona con el mundo antes, durante y después de la enfermedad.

El usuario deja de ser un recipiente de la enfermedad para ser entendido como ser racional, social y emocional que experimenta su salud de manera particular; en ese sentido, la humanización de la enfermería se enfoca en la individualización de cada tratamiento atendiendo a las múltiples necesidades de las personas, las cuales son irreductibles a su condición física. La deontología de la enfermería, que se enfoca en los deberes de la praxis, comprende la complejidad ética de la humanización de la persona en su complejidad humana (Dimitrios *et al.*, 2018); la asistencia médica fisiológica, por ello, se ve acompañada del respeto hacia las creencias religiosas del usuario, la sensibilización y empatía del cuerpo de enfermeros, el diálogo horizontal explicativo antes que impositivo, entre otras.

3.3 Deshumanización en el cuidado proporcionado en la enfermería

El sistema de salud, debilitado por condiciones política y económicas, muchas veces se encuentra en condiciones insuficientes para solventar la demanda de atención; a la ausencia de recursos materiales, como una correcta estructura del centro laboral, falta de medicamentos, indumentaria o equipo tecnológico, se le suma problemas con los recursos humanos (Franco, 2019). Esto, llevado a nuestro tema de estudio, la enfermería, provoca que un número reducido de enfermeros tenga que lidiar en poco tiempo con un alto flujo de pacientes, con un suelto insuficiente y, en conjunto, con una desmotivación generalizada para realizar sus funciones. La eficiencia de la enfermería, por ello, es percibida institucionalmente (desde la gerencia administrativa de los servicios) como la capacidad del conjunto de trabajadores para desarrollar sus funciones básica con la menor cantidad de recursos disponibles y en el menor tiempo posible (Almeida *et al.*, 2019).

Las condiciones provocadas por el contexto socioeconómico y por el centro laboral provocan que el enfermero reduzca sus funciones a las necesidades básicas del sistema de salud, relegando las prácticas de cuidado para centrarse en los requerimientos fisiológicos del paciente. Esto lleva a la cosificación del usuario como un conducto para el tratamiento del elemento focalizado, la enfermedad; la persona enferma es reducida a su condición salubre, es un objeto portador de una enfermedad. La reducción de la atención médica, si bien es funcional a las necesidades del sistema de salud como empresa que debe gestionar sus recursos para satisfacer a la mayor cantidad de usuarios, ha provocado que los pacientes se encuentren con una práctica deshumanizada de la enfermería, con un sistema de trabajadores que atienden a un objeto en lugar a una persona (Dantas de Oliveira *et al.*, 2017). En otras palabras, el ejercicio profesional de la enfermería ha deshumanizado a los pacientes y, en ese proceso, ha deshumanizado a los enfermeros.

El proceso de deshumanización, claro está, no es reductible a la mercantilización de la salud, a la reducción de la inversión pública o a la simple desidia de trabajadores particulares; es un problema complejo con diferentes aristas que involucran, incluso, su propia metodología (Ávila, 2017). El cientificismo de la atención médica, desde su misma concepción epistemológica, esquematiza las relaciones entre el profesional de la salud y el paciente a escenario de sujeto-objeto. Esto ha permitido grandes avances metodológicos y científicos para el tratamiento de múltiples enfermedades y ha generado un desarrollo exponencial del conocimiento sobre la salud humana; sin embargo, ese mismo cientificismo ha olvidado la complejidad de la atención médica, que desde Hipócrates se percibe en su

dimensión como prácticas de cuidado.

La deshumanización es un proceso complejo y generalizado que ha afectado la enfermería en diferentes partes del globo (Obregón, 2020); la educación de los profesionales de la salud se ha desarrollado en razón de una tecnificación excesiva. En contextos como el de la emergencia sanitaria el sistema mide la eficiencia de la enfermería en función a factores cuantificables (la demanda excesiva y la economía fracturada así lo determinan), con lo que la cosificación del paciente aumenta para convertirlo en una cifra.

3.4 Modelo del sistema conductual realizado por Dorothy E. Johnson

El paradigma humanizado de la enfermería y las prácticas de cuidado encuentran una base teórica importante en los postulados de Dorothy E. Johnson. Ella considera, pues, que las personas están conformadas por diferentes dimensiones interrelacionadas que dan como producto su identidad, la cual puede ser esquematizada en función a sistemas conductuales con categorías específicas y reguladas entre sí (Saavedra *et al.*, 2019). Las categorías propuestas por Johnson no se limitan al planteamiento ontológico del ser humano, sino a la exteriorización de su esencia y su relación interpersonal, útil para establecer qué es lo saludable.

En ese sentido, al entender que el ser humano está formado por sistemas particulares interrelacionados, el estado de salud se va a definir por la relación operativa entre cada uno de esos sistemas; tal funcionamiento significa que las conductas fisiológicas, emocionales y sociales devienen en un comportamiento predecible al mantener su equilibro. Frente a ello, entonces, la ausencia de equilibrio en alguno de esos sistemas provocaría la desestabilización en las relaciones interdependientes de los subsistemas, causantes de un estado de incertidumbre generalizado que afecta cada dimensión del ser humano (Flórez *et al.*, 2016). Así, el entendimiento de la complejidad humana puede relacionar un malestar estomacal en razón de la totalidad de la persona, la conexión lógica entre lo fisiológico y lo social explicaría una situación de estrés y agresividad por la dolencia antes mencionada.

El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto por una serie de subsistemas interdependientes e integrados. El hombre, como un sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones, con lo que consigue que el sistema integrado actúe de forma eficaz y eficiente, es decir, predecible. El sistema conductual está integrado por subsistemas que en su interrelación definen la totalidad de la dimensión humana; esto conlleva a que cada función particular del organismo tenga repercusiones tanto a nivel fisiológico como a nivel social y emocional (Blomberg *et al.*, 2016).

El subsistema tiene una función y un objetivo específico que se mantendrá estable si su relación con otro subsistema o su entorno no se ve alterado. Los subsistemas son seis y, en conjunto, definen el comportamiento humano en sociedad. En primer lugar, la dependencia promueve conductas de colaboración y de reciprocidad; tiene consecuencias con la aprobación y la asistencia física; asimismo, evoluciona desde un grado total de dependencia hacia los demás hasta la absoluta dependencia de uno mismo. En las prácticas de cuidado, esto se puede observar en la asistencia del enfermero ante la ausencia de capacidades motrices o cognitivas del paciente (Arica y Díaz, 2018).

En segundo lugar, la ingesta, que se materializa satisfacción del apetito, relacionado con factores

ecológicos, sociales, aparte de lo biológico. Esto, además por ser parte de una función compleja del organismo, está vinculado a la eliminación, que se relaciona a cuándo, cómo y en qué condiciones se produce la expulsión de lo consumido. Tales funciones en pacientes que han salido de operaciones o que encuentran afectadas sus habilidades motrices son recurrentes en el cuidado de pacientes internados (Da Rosa *et al.*, 2019). Por otro lado, se encuentra lo sexual, vinculado a la procreación y al placer. Este subsistema se manifiesta con el desarrollo de la identidad del género e incluye en una alta gama de conductas en el rol sexual y las relaciones interpersonales. La comprensión de la identidad de género, que no se reduce a lo anatómico, debe instalarse en las habilidades sociales de la enfermería para el reconocimiento efectivo de las necesidades de cada paciente y sus prácticas sexuales particulares (Kellet y Fitton, 2017).

Otro subsistema es el de la agresividad, que se relaciona con proteger y conservar al propio sujeto o a aquello con que se vincule emocionalmente. Esto proviene, como explica Johnson, de una intención primaria de dañar al otro; sin embargo, la vida en sociedad demanda límites en este modo de autoprotección. Las situaciones de estrés por parte de pacientes o sus familiares son algo con lo que se tiene que lidiar constantemente en la enfermería, las habilidades sociales y emocionales son determinantes para establecer un diálogo eficaz (Tan *et al.*, 2015). Por otro lado, se encuentra la realización, que se relaciona con controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar un grado de superación satisfactoria. Los problemas de salud limitan las capacidades y objetivos planteados por el usuario, lo cual deviene en estrés y agresividad que suele ser focalizada hacia el personal de salud.

Finalmente, el subsistema de afiliación proporciona supervivencia y seguridad para el sujeto en su convivencia social y tiene como consecuencia la inclusión, intimidad, formación y mantenimiento de un enlace social fuerte. Ser internados en un hospital puede devenir en un aislamiento social que perjudica la estabilidad emocional del paciente si es que no llega a recibir visitas (Escudero *et al.*, 2015). La reintegración del paciente, en ese sentido, además de enfocarse en su situación fisiológica, también está en sus proyecciones a volver a formar lazos interpersonales una vez fuera del centro de salud.

Como se puede observar, la propuesta de Johnson permite una visión totalizadora de la complejidad humana útil a los servicios médicos y, en específico, al de la enfermería en sus prácticas de cuidado. La recuperación de los pacientes de sus síntomas y enfermedades debe estar acompañada también por la regulación de cada uno de estos subsistemas interdependientes que condicionan la identidad del sujeto y, por tanto, su salud general (Rôlo *et al.*, 2019).

El cuidado, desde la perspectiva de Johnson, abarca todas las aristas reunidas en la vida humana; la recuperación por la que se preocupa la enfermería, entonces, no solo busca la rehabilitación de las funcionalidades físicas del paciente, sino también las actitudes involucradas con la salud mental y emocional que se expresan en la conducta. El diálogo y el acompañamiento activo significan, por tanto, un soporte vital en la relación enfermero-usuario; este trato humano sustenta la recuperación social del sujeto y le permite reintegrarse de manera óptima fuera de las inmediaciones del hospital (Díaz *et al.*, 2019).

El autocuidado como finalidad última de las prácticas de cuidado institucionalizadas en la enfermería, entonces, se manifiesta en la reincorporación del sujeto a su vida habitual como persona saludable o, en los términos de Johnson, con los subsistemas funcionando en armonía y de manera

predecible. La humanización como estatuto ético en la enfermería causa una mayor eficiencia en la recuperación total (física, mental y emocional) de los usuarios del servicio de salud, provocando una nueva imagen tanto del personal como de la institución (Wright *et al.*, 2021). La responsabilidad de los centros médicos se retroalimenta con la eficiencia del trato humanitario de su personal y se manifiesta en la confianza depositada por las personas en los servicios brindado.

CAPÍTULO IV

HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS RELACIONADAS EN EL COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO PROMOVIDO POR ESTUDIANTES ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA

Durante la pandemia del covid-19, se ha revelado la precariedad y las condiciones médicas y hospitalarias en muchas regiones del mundo. En Perú, se observó un constante incremento rápido de los contagiados por el virus SARS-CoV-2, lo que conllevó al aumento de hospitalizaciones y muertes. Por tal motivo, Perú es considerado como uno de los países más afectados por la pandemia del covid-19. Esta coyuntura global, social, histórica y de la salubridad ha permitido desvelar la falta de preparación profesional para la atención de los pacientes, además de otras variables como el manejo del estrés, la infraestructura hospitalaria, la gestión de recursos médicos, entre otras.

En cuanto a la atención de los pacientes por parte del equipo médico en Perú, se pudo observar en los distintos centros hospitalarios una falta grave en la calidad de atención a los pacientes, además de que los profesionales en enfermería no podían demostrar ciertas habilidades sociales para realizar adecuadamente su labor. Esta precariedad en la atención y en el desarrollo de habilidades sociales para el cuidado del enfermo posiblemente se relacione con la situación de la pandemia porque gracias a esta se ha producido la aglomeración de contagiados en los hospitales, lo que hizo posible la aparición de los defectos administrativos, personales y laborales.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación de las habilidades sociales básicas y el comportamiento del cuidado otorgado por los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

Objetivos específicos

- Establecer la relación de las primeras habilidades sociales y el humanismo / fe-esperanza / sensibilidad de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

- Establecer la relación de las habilidades sociales avanzadas y ayuda / confianza de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Identificar la relación de las habilidades relacionadas con los sentimientos con la Expresión de sentimientos positivos y negativos de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Identificar la relación de las habilidades sociales alternativas a la agresión y enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Establecer la relación de las habilidades para hacer frente al estrés y soporte protección ambiente de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Determinar la relación de las habilidades de planificación y asistencia en las necesidades humanas de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Establecer la relación de las habilidades sociales avanzadas y la fuerza existencial / fenomenológica / espiritual de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

Las habilidades sociales básicas se relacionan estadísticamente significativa con el comportamiento del cuidado otorgado por los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

Hipótesis específica

• Las primeras habilidades sociales se relacionan estadísticamente significativa con el humanismo, la fe, la esperanza y la sensibilidad de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Las habilidades sociales avanzadas se relacionan estadísticamente significativa con la ayuda-confianza de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Las habilidades relacionadas con los sentimientos se relacionan estadísticamente significativa con la expresión de sentimientos positivos y negativos de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Las habilidades sociales alternativas a la agresión se relacionan estadísticamente significativa con la enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Las habilidades para hacer frente al estrés se relacionan estadísticamente significativa con

el soporte protección ambiente de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Las habilidades de planificación se relacionan estadísticamente significativa con la asistencia en las necesidades humanas de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

• Las primeras habilidades sociales avanzadas se relacionan estadísticamente significativa con la fuerza existencial / fenomenológica / espiritual de los estudiantes de la segunda especialidad en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener durante la pandemia del Covid-19.

Tipo, diseño y nivel de investigación

Tipo de investigación
La investigación fue de tipo correlacional de corte longitudinal.

Diseño de investigación
La investigación tuvo un diseño no experimental de corte transversal.

Nivel de investigación
La investigación fue de nivel cuantitativo.

Sistema de variables (operacionalización)

Tabla 1. *Operacionalización de las variables Habilidad Social Básica y Comportamiento del cuidado otorgado*

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Habilidades sociales básicas	Primeras habilidades sociales	Escuchar	
		Iniciar una conversación	
		Mantener una conversación	
		Formular una pregunta	
		Dar las gracias	
		Presentarse	
		Presentarse a otras personas	
		Hacer un cumplido	
	Habilidades sociales avanzadas	Pedir ayuda	
		Participar	

	Dar instrucciones
	Seguir instrucciones
	Disculparse
	Convencer a los demás
Habilidades relacionadas con los sentimientos	Conocer los propios sentimientos
	Expresar los sentimientos
	Comprender los sentimientos de los demás
	Enfrentarse con el enfado del otro
	Expresar afecto
	Resolver el miedo
	Autorrecompensarse
Habilidades sociales frente a la agresión	Pedir permiso
	Compartir algo
	Ayudar a los demás
	Negociar
	Empezar el autocontrol
	Defender los propios derechos
	Responder a las bromas
	Evitar los problemas con los demás
	No entrar en peleas
Habilidades para hacer frente al estrés	Formular una queja
	Responder a una queja

	Demostrar deportividad después de un juego
	Resolver la vergüenza
	Arreglárselas cuando le dejan de lado
	Defender a un amigo
	Responder a la persuasión
	Responder al fracaso
	Enfrentarse a los mensajes contradictorios
	Responder a una acusación
	Prepararse para una conversación difícil
	Hacer frente a las presiones de grupo
Habilidades de planificación	Tomar iniciativas
	Discernir sobre las causas de un problema
	Establecer un objetivo
	Determinar las propias habilidades
	Recoger información
	Resolver los problemas según su importancia
	Tomar una decisión
	Concentrarse en una tarea

Comportamiento del cuidado otorgado	Humanismo / fe / esperanza / sensibilidad	1 al 16	(1) Siempre (2) Casi siempre (3) Raras veces (4) Nunca
	Ayuda / confianza	17 al 27	
	Expresión de sentimientos positivos / negativos	28 al 31	
	Enseñanza-aprendizaje	32 al 39	
	Soporte / protección / ambiente	40 al 51	
	Asistencia en las necesidades humanas	52 al 60	
	Fuerzas existenciales / fenomenológica / espiritual	61 al 63	

Población y muestra de la investigación

Tabla 2. *Población-objeto de estudio*

Segunda especialidad	Cantidad
Enfermería en Salud Pública en Enfermería	20
Enfermería en Emergencias y Desastres	18
Enfermería en Centro Quirúrgico	13
Enfermería en Cardiologías Cardiovascular	12
Enfermería en Gestión de los Servicios Salud y Enfermería	9
Total	72

Según la Tabla 2, la población estuvo compuesta por estudiantes de la especialidad en enfermería en salud pública y comunitaria y en enfermería neonatología, quienes laboran en distintos hospitales de Lima Metropolitana, en el Ministerio de Salud y en EsSalud en diversos puestos de atención del primer nivel. Como muestra, se optó por 72, cuyo muestreo se realizó por conveniencia no probabilístico a criterio censal.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

- **Entrevista**

Instrumentos de recolección de datos

Para la escala de las habilidades sociales, se empleó el cuestionario de habilidades sociales básicas de Goldstein, el cual se compuso de 50 ítems.

Tabla 3. *Dimensiones de la escala Cuidado otorgado por el profesional de enfermería*

Dimensiones	Ítems
Humanismo / fe-esperanza / sensibilidad	1 a 16
Ayuda / confianza	17 a 27
Expresión de sentimientos positivos / negativos	28 a 31
Enseñanza-aprendizaje	32 a 39
Soporte / protección / ambiente	40 a 51
Asistencia en las necesidades humanas	52 a 60
Fuerzas existenciales / fenomenológica / espiritual	61 a 63

Según la Tabla 3, para la escala del cuidado otorgado por el profesional de enfermería se empleó la escala adaptada de Morales et al. (2016), la cual se compuso de 63 ítems.

Validez y confiabilidad

Validez

Para la validez de los instrumentos, se empleó el juicio de expertos. Para esto, se recurrió a dos profesionales del área para que validen los instrumentos, las variables de estudio y los ítems. Los indicadores de validación fueron la claridad y precisión, la coherencia, la validez, la organización, la confiabilidad, el control de sesgos, el orden, el marco referente, la extensión y la inocuidad. Estos indicadores fueron puestos a escalas de validación como deficiente, regular (12-14), bueno (15-16), muy bueno (17-18) y excelente (19-20).

Confiabilidad

Tabla 4. *Medición de confiabilidad de las dimensiones de la escala Habilidades Sociales Básicas mediante Alfa de Cronbach*

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Ítem
Primeras habilidades sociales	,779	8
Habilidades sociales avanzadas	,720	6
Habilidades relacionadas con los sentimientos	,825	7
Habilidades sociales alternativas a la agresión	,835	9
Habilidades para hacer frente al estrés	,892	13
Habilidades frente a la planificación	,882	7
Total	,887	50

Tabla 5. *Medición de confiabilidad de las dimensiones de la escala Comportamiento del cuidado otorgado mediante Alfa de Cronbach*

Alfa de Cronbach	Ítems
,960	63

Según las Tablas 4 y 5, los índices de confiabilidad medidos por Alfa de Cronbach resultaron ser 0,887 y 0,960 para las escalas Habilidades sociales básicas y Comportamiento del cuidado otorgado, respectivamente. Estos índices fueron aceptables para la presente investigación. En el caso de las dimensiones de la segunda variable, estas sobrepasaron el puntaje de 0,750, el cual fue aceptable.

Procedimiento de los datos

Para el procedimiento de los datos, se optó por una prueba piloto para medir la consistencia del cuestionario y así realizar correcciones. En la prueba piloto participaron estudiantes de la asignatura Enfermería Basada en Evidencias (EBE) de la segunda especialidad en Enfermería en Centro Quirúrgico de una privada de Lima; estos estudiantes tuvieron características similares a la población de la presente investigación.

Tabla 6. *Estimadores de Alfa de Cronbach*

Rangos	Magnitud
0 – 0.5	Muy baja
0.5 – 0.6	Débil
0.6 – 0.7	Moderada
0.7 – 0.8	Aceptable
0.8 – 0.9	Bueno
0.9 – 1	Excelente

Nota. Tomada de Cascaes *et al.* (2015)

Según la Tabla 6, para medir la confiabilidad, se precisó del Alfa de Cronbach, el cual contó con rangos de magnitud a fin de conocer la consistencia de los ítems y de las dimensiones de las escalas en los cuestionarios.

Tabla 7. *Observaciones de prueba piloto*

		N	%
Casos	Válido	12	100.0
	Excluido	0	0
	Total	12	100.0

Según la Tabla 7, no hubo datos perdidos durante la prueba piloto, lo que permitió medir adecuadamente la confiabilidad del cuestionario.

Tabla 8. *Confiabilidad de Alfa de Cronbach de la variable Habilidades Sociales Básicas*

Alfa de Cronbach	Ítems
,955	50

Tabla 9. Confiabilidad de Alfa de Cronbach de la variable Comportamiento para el cuidado otorgado

Alfa de Cronbach	Ítems
,984	63

Según las Tablas 8 y 9, la confiabilidad de ambas variables estudiadas fue 0,955 y 0,984, respectivamente. Estos resultados indicaron que hubo un valor excelente para las variables y las escalas del cuestionario.

Análisis e interpretación de resultados

Tabla 10. *Prueba de Kolmogorov-Smirnov (KMO) y Shapiro-Wilk*

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	**gl**	**Sig.**	**Estadístico**	**gl**	**Sig.**
Habilidades Sociales Básicas	,233	72	,000	,806	72	,000
Comportamiento del cuidado enfermero otorgado	,265	72	,000	,788	72	,000

Según la Tabla 10, se obtuvo un Sig. ≤ ,000, lo que indicó que no hubo distribución de normalidad ($p < 5$). Por tal, se rechazó la hipótesis y se aceptó la hipótesis nula, la cual estipuló que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Tabla 11. *Prueba de Wilcoxon*

	Comportamiento del cuidado enfermero otorgado – habilidades sociales básicas
Z	-,993
Sig. Asintótica (bilateral)	,321

Tabla 12. *Prueba de Wilcoxon*

		N	**Rango promedio**	**Suma de rangos**
Habilidades sociales básicas (HSB) – comportamiento del cuidado enfermero otorgado (CCO)	Rangos negativos	18[a]	19,92	358,50
	Rangos positivos	23[b]	21,85	502,50
	Empates	31[c]		
	Total	72		

Nota. a. HSB < CCO | b. HSB > CCO | c. HSB = CCO

Según la Tabla 11, para la toma de decisiones, se empleó la Prueba Z para comprobar la normalidad de las variables, cuyo valor P fue -0,993; en consecuencia, se rechazó la hipótesis de investigación y se admitió la hipótesis nula, es decir, hubo una diferencia estadística significativa (W = 0,321) entre las variables. Así, la diferencia de medias entre ambas variables no fue significativa, por tal, las habilidades sociales básicas (19,92) contribuyó, de alguna forma, al cuidado de enfermería (21,85).

Aspectos psicométricos de la escala

Tabla 13. *Coeficiente de Alfa de Cronbach de la escala Habilidades Sociales Básicas*

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Ítem
Primeras habilidades sociales	,779	8
Habilidades sociales avanzadas	,720	6
Habilidades relacionadas con los sentimientos	,825	7
Habilidades sociales alternativas a la agresión	,835	9
Habilidades para hacer frente al estrés	,892	13
Habilidades frente a la planificación	,882	7
Total	,887	50

Según la Tabla 13, se reportó un coeficiente de 0,954 (IC = 95 % 1,73-2,08), lo que significó la consistencia interna de cada dimensión en esta escala.

Tabla 14. *Coeficiente de Alfa de Cronbach de la escala Comportamiento para el cuidado otorgado*

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Ítem
Humanismo / fe-esperanza / sensibilidad	,951	16
Ayuda / confianza	,853	11
Expresión de sentimientos positivos y negativos	,766	4
Enseñanza-aprendizaje	,835	8
Soporte / protección / ambiente	,892	12
Asistencia de las necesidades humanas	,882	9
Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual	,910	3
Total	,980	63

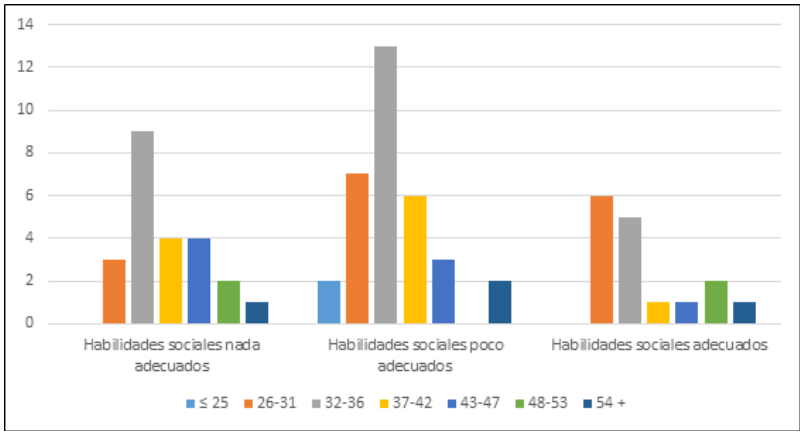
Según la Tabla 14, se reportó un coeficiente de 0,980 (IC = 1,61-1,67), lo que significó la consistencia interna de los ítems y la capacidad discriminativa. En adición, las dimensiones demostraron valores de 0,951-0,877, los cuales fueron adecuados para esta investigación.

Aspectos sociodemográficos de la escala

Tabla 15. *Habilidades sociales según la edad*

	Edad							Total
	≤ 25	26-31	32-36	37-42	43-47	48-53	54 +	
Habilidades sociales nada adecuadas	0	3	9	4	4	2	1	23
Habilidades sociales poco adecuadas	2	7	13	6	3	0	2	33
Habilidades sociales adecuadas	0	6	5	1	1	2	1	16
Total	2	16	27	11	8	4	4	72

Figura 1. *Habilidades sociales según la edad*

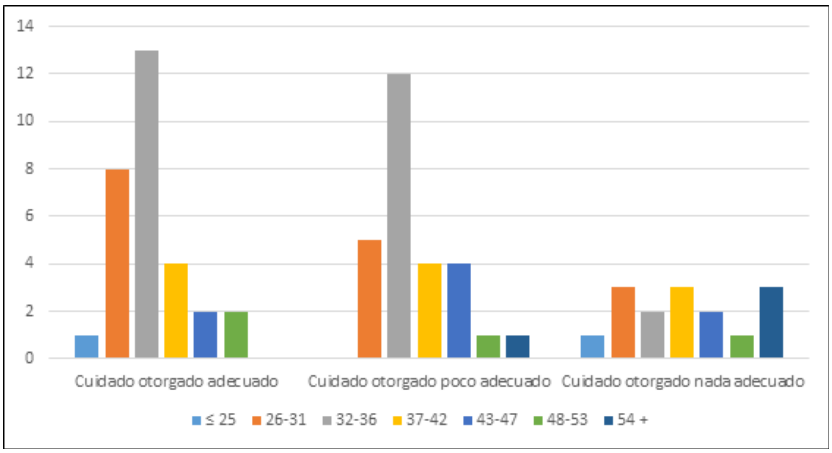


Según la Tabla 15, en relación con la Figura 1, las habilidades sociales poco adecuadas se observaron en las edades de 32-36 (33 %); las habilidades sociales nada adecuadas se observaron en las edades de 25-47 (23 %); y las habilidades sociales adecuadas se observaron en las edades de 48 (16 %). Estos resultados indicaron que no se estuvo realizando un proceso adecuado de interrelación enfermero-paciente.

Tabla 16. *Comportamiento del cuidado otorgado según la edad*

	Edad							Total
	≤ 25	26-31	32-36	37-42	43-47	48-53	54 +	
Cuidado otorgado adecuado	1	8	13	4	2	2	0	30
Cuidado otorgado poco adecuado	0	5	12	4	4	1	1	27
Cuidado otorgado nada adecuado	1	3	2	3	2	1	3	15
Total	2	16	27	11	8	4	4	72

Figura 2. *Comportamiento del cuidado otorgado según la edad.*

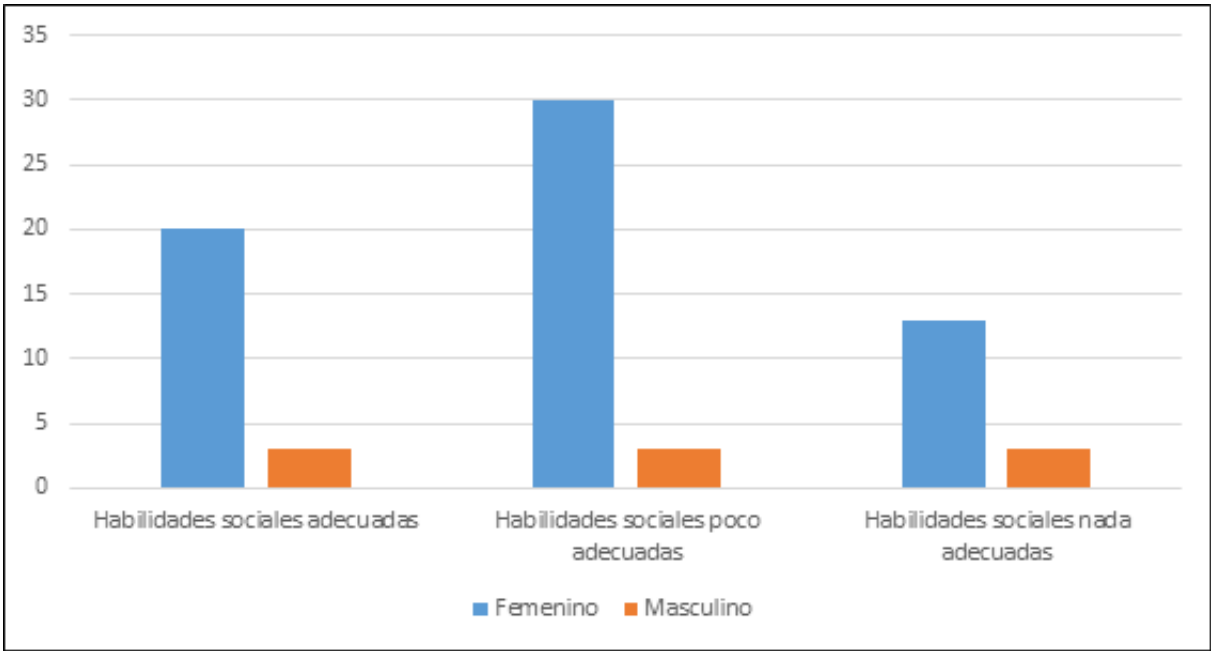


Según la Tabla 16, en relación con la Figura 2, los cuidados otorgados adecuados se observaron en las edades de 32-36 (30 %); los cuidados otorgados poco adecuados se observaron en las edades de 26-31 (27 %); y los cuidados otorgados nada adecuados se observaron en las edades de 37 (15 %). Estos resultados se relacionaron con Izquierdo (2015), donde los cuidados fueron importantes para afianzar las dimensiones sociales, espirituales y humanistas a fin de satisfacer la atención del usuario.

Tabla 17. *Habilidades sociales según el género*

	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Habilidades sociales nada adecuadas	20	3	23
Habilidades sociales poco adecuadas	30	3	33
Habilidades sociales adecuadas	13	3	16
Total	63	9	72

Figura 3. *Habilidades sociales según el género*

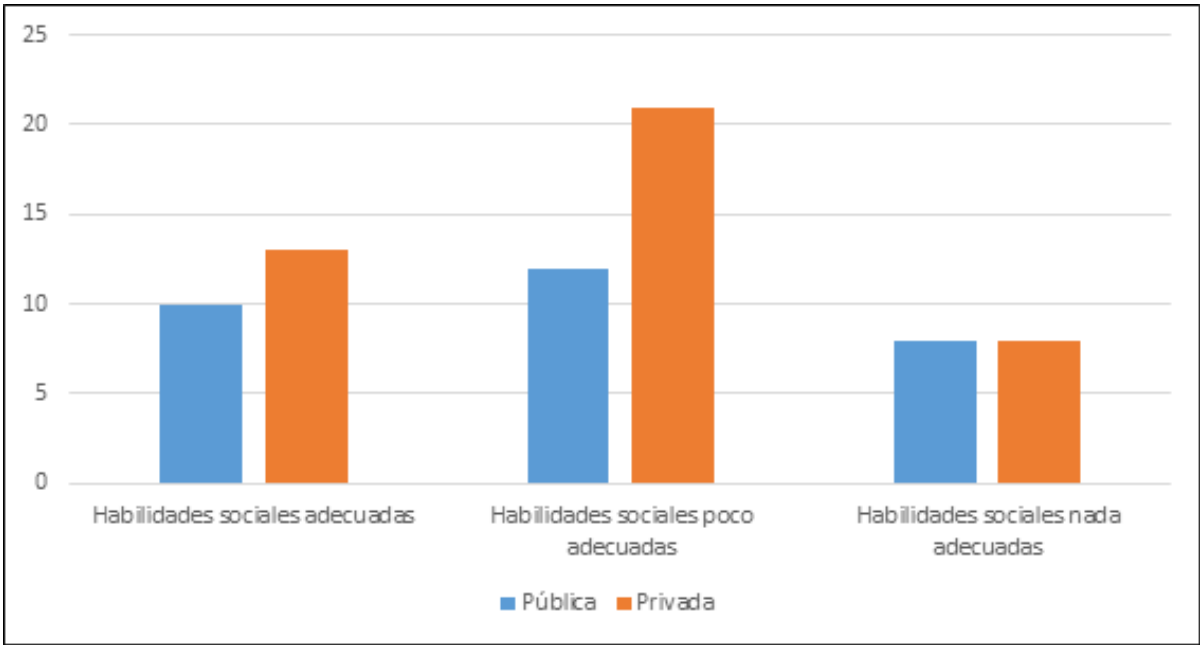


Según la Tabla 17 y la Figura 3, las habilidades sociales poco, nada y adecuadas se observaron en el género femenino (33, 23 y 16 %, respectivamente) debido a la fuerza laboral. Estos resultados se relacionan con Arriaga y Obregón (2019), donde la implementación tecnológica pudo estar influenciado a las actitudes de los enfermeros, lo que indicó un interés secundario por el paciente, y donde los protocolos de atención posiblemente ocasionaron una menor comunicación entre los usuarios, lo que estaría iniciando el proceso de deshumanización en el cuidado de la enfermería.

Tabla 18. *Habilidades sociales según la universidad de egreso*

	Universidad		Total
	Pública	Privada	
Habilidades sociales nada adecuadas	10	13	23
Habilidades sociales poco adecuadas	12	21	33
Habilidades sociales adecuadas	8	8	16
Total	30	42	72

Figura 4. *Habilidades sociales según la universidad de egreso*

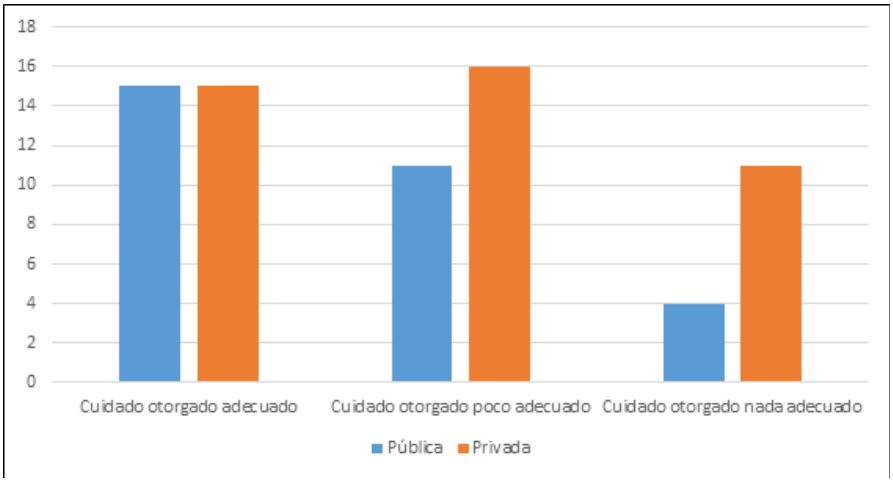


Según la Tabla 18 y la Figura 4, las habilidades sociales poco adecuadas se observaron en egresados de universidades privadas (33 %); las habilidades sociales nada y adecuadas se observaron en egresados de universidades públicas (23 y 16 %, respectivamente). Estos resultados se relacionaron con García y Matta (2020), donde los alumnos no mostraron habilidades sociales como la asertividad y la comunicación fluida, lo que repercutió en el ejercicio de la profesión. Según Do Amaral et al. (2015), la conducta de los alumnos fue influida por el contexto de enseñanza, lo que determinó la formación educativa y cultural.

Tabla 19. *Comportamiento del cuidado otorgado según la universidad de egreso*

	Universidad		Total
	Pública	Privada	
Cuidado otorgado adecuado	15	15	30
Cuidado otorgado poco adecuado	11	16	27
Cuidado otorgado nada adecuado	4	11	15
Total	30	42	72

Figura 5. *Comportamiento del cuidado otorgado según la universidad de egreso*

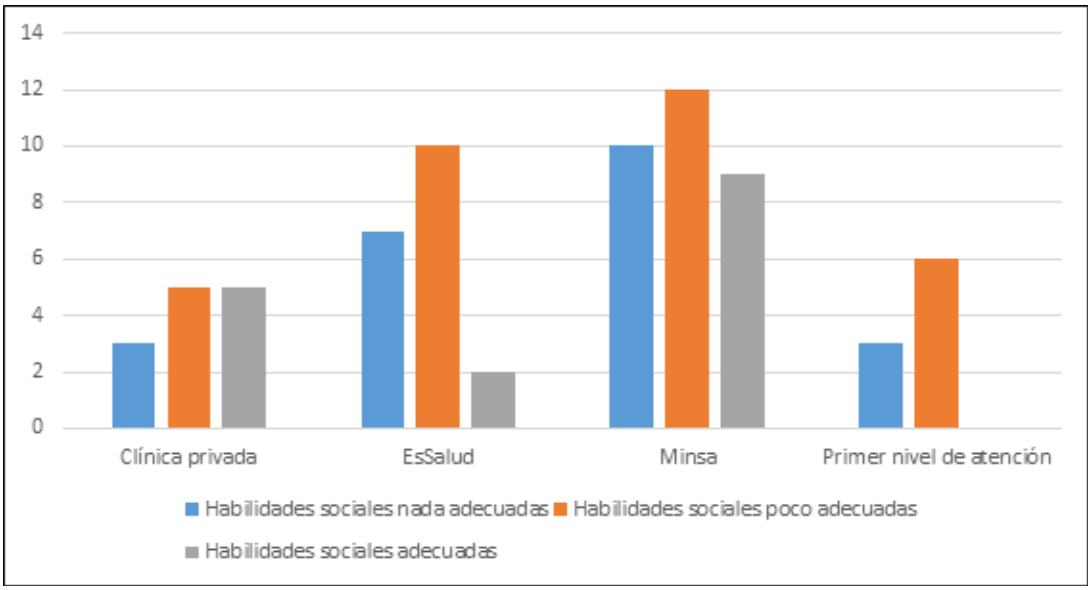


Según la Tabla 19 y la Figura 5, el cuidado otorgado adecuado se observó en egresados de universidades privadas y públicas (30 %); el cuidado otorgado poco adecuado se observó en egresados de universidades privadas (27 %); y el cuidado otorgado nada adecuado se observó en 15 %. Estos resultados discreparon con Huisa (2021), donde se sostuvo que los cuidados de enfermería deben tener calidad de atención en relación a las habilidades sociales para mejorar el cuidado; no obstante, esta calidad se pudo influenciar por la capacidad de los hospitales y los materiales disponibles como los recursos humanos.

Tabla 20. *Habilidades sociales según el centro laboral*

	Habilidades sociales nada adecuadas	Habilidades sociales poco adecuadas	Habilidades sociales adecuadas	Total
Clínica privada	3	5	5	13
EsSalud	7	10	2	19
Ministerio de Salud	10	12	9	31
Primer nivel de atención	3	6	0	9
Total	23	33	16	72

Figura 6. *Habilidades sociales según el centro laboral*

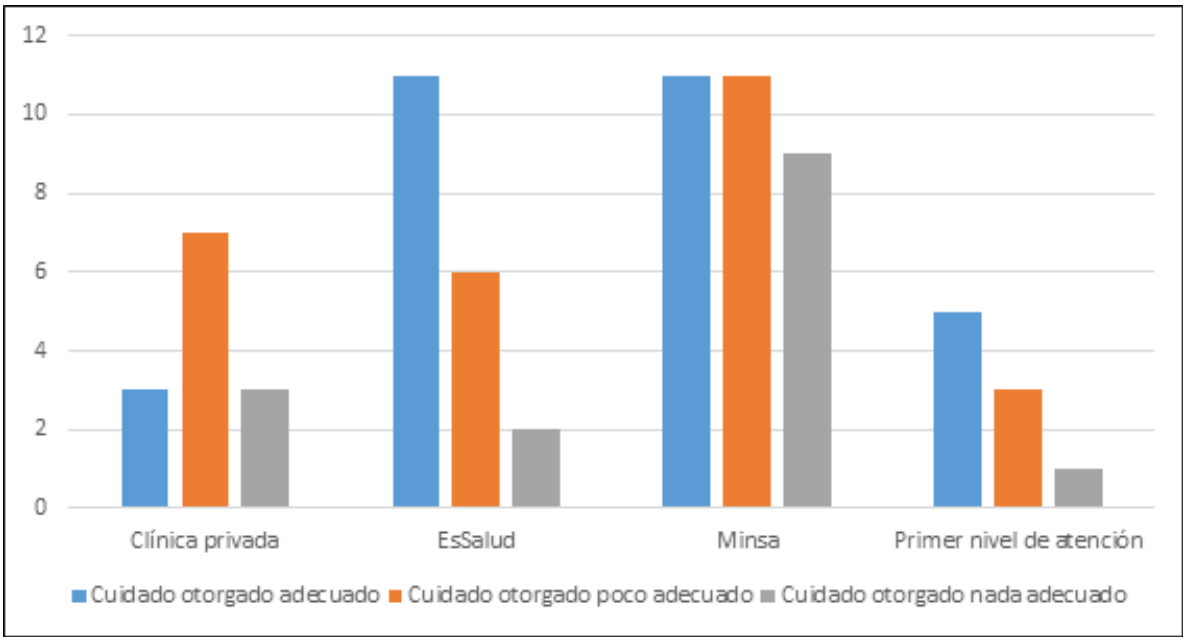


Según la Tabla 20 y la Figura 6, las habilidades sociales poco adecuadas se observaron en profesionales del Ministerio de Salud [Minsa] (33 %); las habilidades sociales nada adecuadas se observaron en profesionales de EsSalud (23 %); y las habilidades sociales adecuadas se observaron en profesionales de clínicas privadas (16 %). Estos resultados se relacionaron con Flores et al. (2016), donde los estudiantes demostraron tener dificultades para expresar sus emociones, para unirse a conversaciones prolongadas o para participar activamente, lo que impactó negativamente en el profesional de enfermería en cuanto a su relación enfermero-paciente.

Tabla 21. *Comportamiento del cuidado otorgado según el centro laboral*

	Cuidado otorgado adecuado	Cuidado otorgado poco adecuado	Cuidado otorgado nada adecuado	Total
Clínica privada	3	7	3	13
EsSalud	11	6	2	19
Ministerio de Salud	11	11	9	31
Primer nivel de atención	5	3	1	9
Total	30	27	15	72

Figura 7. *Comportamiento del cuidado otorgado según el centro laboral*

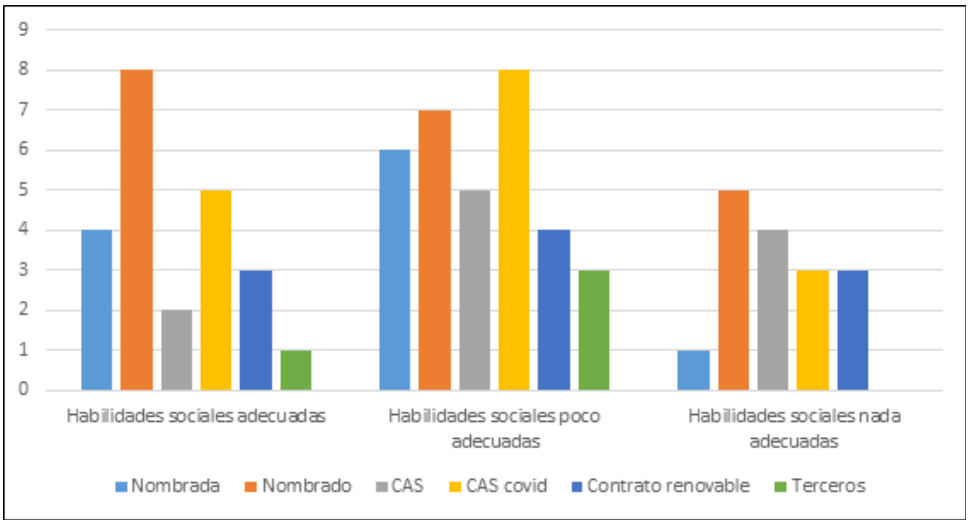


Según la Tabla 21 y la Figura 7, el cuidado otorgado adecuado se observó en profesionales de EsSalud (30 %); el cuidado poco adecuado se observó en profesionales del Minsa (27 %); y el cuidado nada adecuado se observó en profesionales del primer nivel de atención (15 %).

Tabla 22. *Habilidades sociales según la condición laboral*

	Modalidad de contrato						Total
	Nombrada	Nombrado	CAS	CAS covid	Contrato renovable	Terceros	
Habilidades sociales nada adecuadas	4	8	2	5	3	1	23
Habilidades sociales poco adecuadas	6	7	5	8	4	3	33
Habilidades sociales adecuadas	1	5	4	3	3	0	16
Total	11	20	11	16	10	4	72

Figura 8. *Habilidades sociales según la condición laboral*

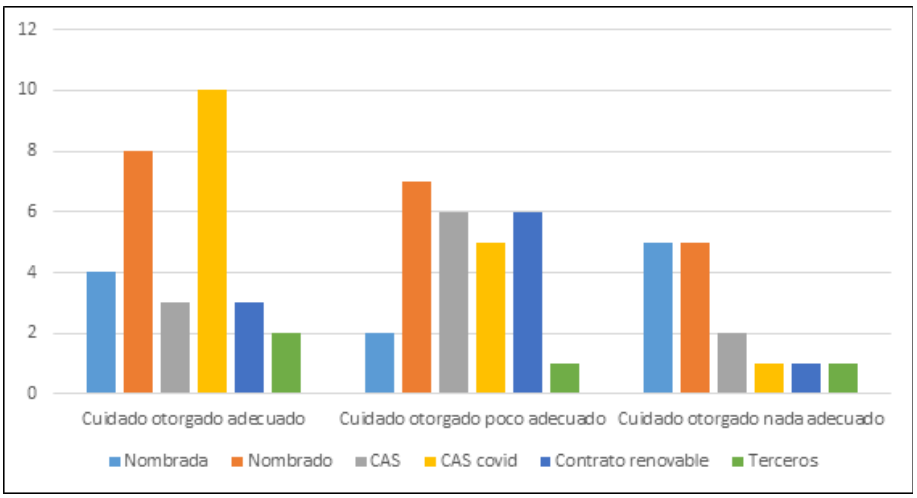


Según la Tabla 22 y la Figura 8, las habilidades sociales poco adecuadas se observaron en la condición de CAS covid-19 (33 %); las habilidades nada sociales adecuadas se observaron en los nombrados (23 %); y las habilidades sociales adecuadas se observaron en la condición CAS (16 %). Estos resultados discreparon con Naranjo y Ricaurte (2006), donde la condición laboral no garantizó el buen desempeño de los trabajadores. Por su parte, Infante et al. (2007) señalan que las diferencias económicas entre los trabajadores influyeron en la conducta laboral y en el desempeño.

Tabla 23. *Comportamiento del cuidado otorgado según la condición laboral*

	Modalidad de contrato						**Total**
	Nombrada	**Nombrado**	**CAS**	**CAS COVID**	**Contrato renovable**	**Terceros**	
Cuidado otorgado adecuado	4	8	3	10	3	2	30
Cuidado otorgado poco adecuado	2	7	6	5	6	1	27
Cuidado otorgado nada adecuado	5	5	2	1	1	1	15
Total	11	20	11	16	10	4	72

Figura 9. *Comportamiento del cuidado otorgado según la condición laboral*

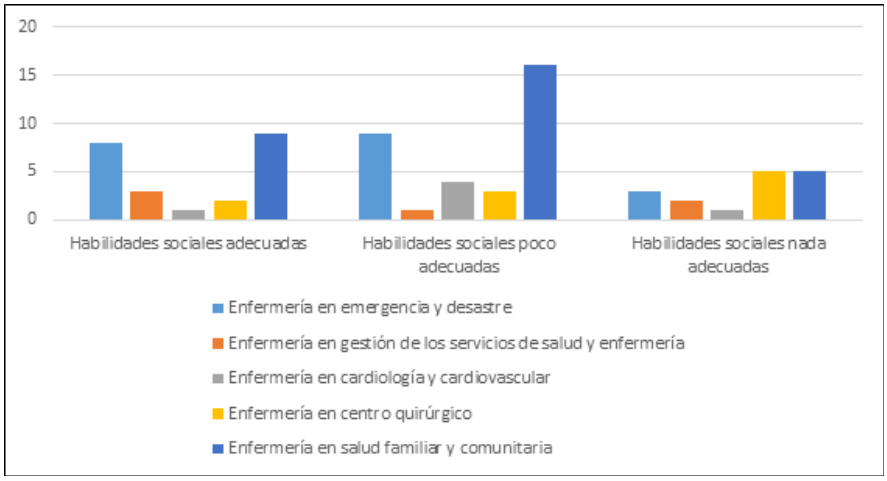


Según la Tabla 23 y la Figura 9, el cuidado otorgado adecuado se observó en la modalidad CAS covid-19 (30 %); el cuidado otorgado poco adecuado se observó en los nombrados (27 %); y el comportamiento del cuidado otorgado nada adecuado se observó en las nombradas (15 %).

Tabla 24. *Habilidades Sociales relacionadas con la segunda especialidad en enfermería*

	Habilidades sociales nada adecuadas	**Habilidades sociales poco adecuadas**	**Habilidades sociales adecuadas**	**Total**
Enfermería en emergencias y desastres	8	9	3	20
Enfermería en gestión de los servicios de salud y enfermería	3	1	2	6
Enfermería en cardiología y cardiovascular	1	4	1	6
Enfermería en centro quirúrgico	2	3	5	10
Enfermería en salud familiar y comunitaria	9	16	5	30
Total	23	33	16	72

Figura 10. *Habilidades Sociales relacionadas con la segunda especialidad en enfermería*

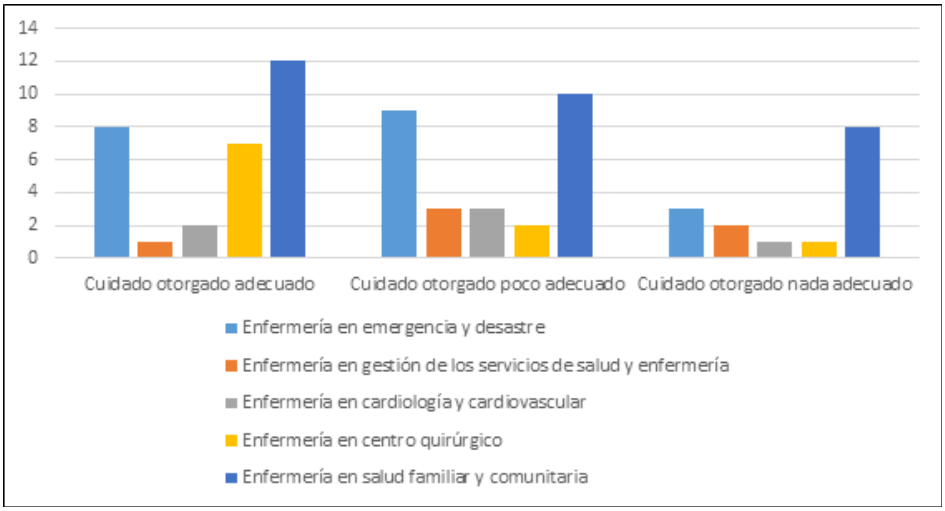


Según la Tabla 25 y la Figura 11, el cuidado otorgado adecuado se observó en los estudiantes de enfermería en salud familiar y comunitaria (30 %); el cuidado otorgado poco adecuado se observó en los estudiantes de enfermería en emergencias y desastres (27 %); y el cuidado otorgado nada adecuado se observó en los estudiantes de enfermería en centro quirúrgico (15 %).

Tabla 25. *Comportamiento del cuidado otorgado según la segunda especialidad en enfermería*

	Cuidado otorgado adecuado	**Cuidado otorgado poco adecuado**	**Cuidado otorgado nada adecuado**	**Total**
Enfermería en emergencias y desastres	8	9	3	20
Enfermería en gestión de los servicios de salud y enfermería	1	3	2	6
Enfermería en cardiología y cardiovascular	2	3	1	6
Enfermería en centro quirúrgico	7	2	1	10
Enfermería en salud familiar y comunitaria	12	10	8	30
Total	23	33	16	72

Figura 11. *Comportamiento del cuidado otorgado según la segunda especialidad en enfermería*



Según la Tabla 25 y la Figura 11, el cuidado otorgado adecuado se observó en los estudiantes de enfermería en salud familiar y comunitaria (30 %); el cuidado otorgado poco adecuado se observó en los estudiantes de enfermería en emergencias y desastres (27 %); y el cuidado otorgado nada adecuado se observó en los estudiantes de enfermería en centro quirúrgico (15 %).

Prueba de hipótesis y correlación de Spearman

Según la Tabla 10, ambas variables no tuvieron una distribución normal de acuerdo la prueba de Kolmororov-Smirnov (KMO) y Shapiro-Wilk (Sig. ≤ ,000).

Tabla 26. *Correlación de Spearman de las habilidades sociales básicas y comportamiento del cuidado enfermero otorgado*

		Habilidades sociales básicas	**Comportamiento del cuidado enfermero otorgado**
Habilidades sociales básicas	Coeficiente de correlación	,000	,150
	Sig. (bilateral)	.	,209
	N	72	72
Comportamiento del cuidado enfermero otorgado	Coeficiente de correlación	,150	1,000
	Sig. (bilateral)	,209	.
	N	72	72

Según la Tabla 26, el coeficiente de correlación de Rho de Spearman fue de 0.150, la cual no fue significativa (p = 0.209), lo que evidenció una correlación en un sentido inverso entre las variables.

Tabla 27. *Prueba Chi cuadrado de las habilidades sociales básicas y comportamiento del cuidado otorgado*

	Habilidades sociales básicas	Comportamiento del cuidado enfermero otorgado
Chi-cuadrado	6,083	5,250
gl	2	2
Sig. asintótica	,048	,072

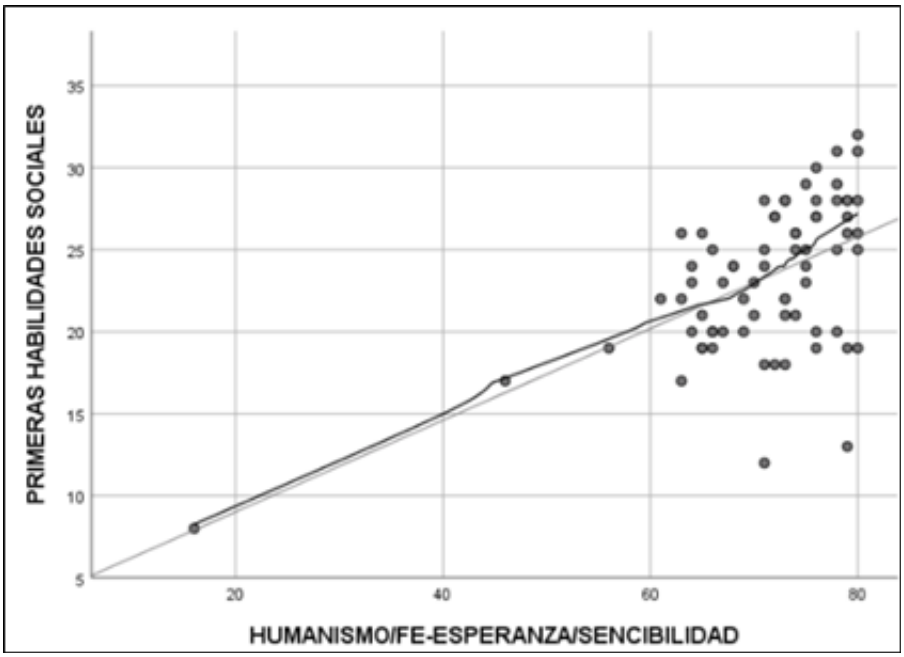
Según la Tabla 27, el chi-cuadrado fue de 5,9915 entre ambas variables, en consideración al alfa de 0,05 y 2 de grado de libertad. Esto significó aceptar la hipótesis de investigación y se rechazó la hipótesis nula.

Tabla 28. *Correlación de las primeras habilidades sociales y humanismo / fe-esperanza / sensibilidad*

		Primeras habilidades sociales	Humanismo / fe-esperanza / sensibilidad
Primeras habilidades sociales	Coeficiente de correlación	1	,559*
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	72	72
Humanismo / fe-esperanza / sensibilidad	Coeficiente de correlación	,559*	1
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	72	72

Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Figura 12. *Diagrama de dispersión de las primeras habilidades sociales y humanismo / fe-esperanza / sensibilidad*

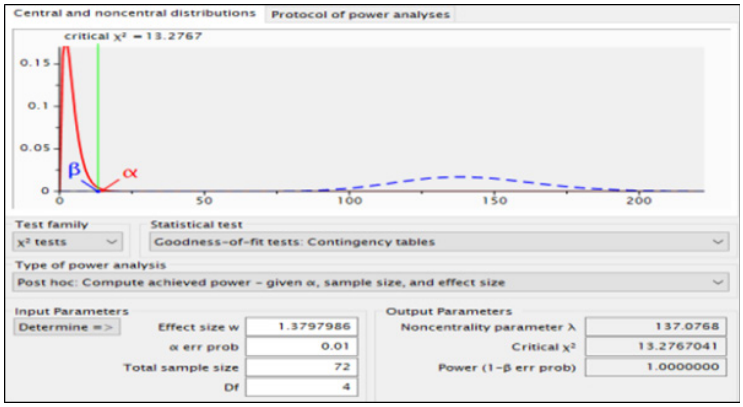


Según la Tabla 28 y la Figura 12, entre estas variables hubo una correlación moderada positiva (Rho = ,559), la cual fue significativa (p = ,000). Este resultado coincidió con Hernández (2019), donde la reciprocidad entre la profesión y la asistencia a enfermos y sanos a fin de satisfacer las necesidades de los pacientes.

Tabla 29. *Prueba de hipótesis de las primeras habilidades sociales y humanismo / fe-esperanza / sensibilidad*

	Primeras habilidades sociales	**Humanismo / fe-esperanza / sensibilidad**
Chi-cuadrado	29,333	20,750
gl	18	20
Sig. asintótica	,044	,412

Figura 13. *Potencia de Chi cuadrado: habilidades sociales y humanismo / fe-esperanza / sensibilidad*



Nota. Chi-cuadrada = 29,333 | Sig. = 0,44 | 1-β = 1 | W = 1,38

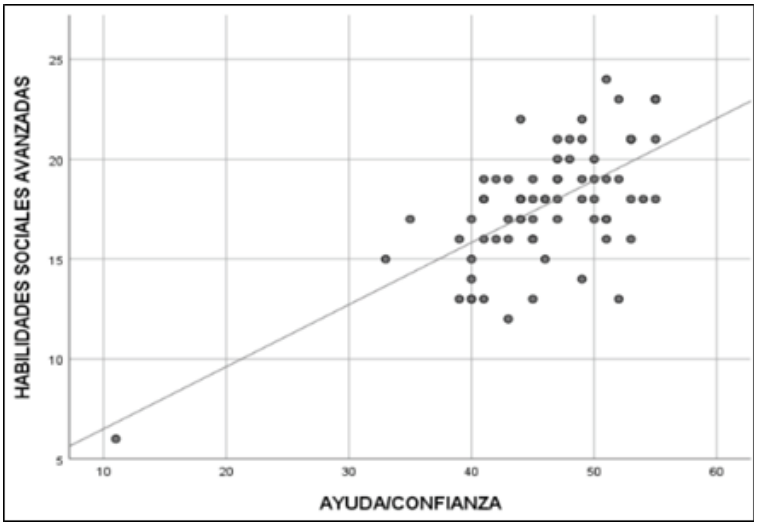
Según la Tabla 29 y la Figura 13, el chi-cuadrado evidenció la existencia de diferencias significativas en consideración al tamaño del efecto (1-B) y la potencia estadística (W) que superaron los estándares de 0.80 y de 0.50, respectivamente. En suma, el coeficiente de contingencia fue de 0.233 con una Sig. de 0.001, lo que indicó las dimensiones se relacionaron; por consiguiente, se aceptó la hipótesis de la investigación y se rechazó la hipótesis nula.

Tabla 30. *Correlación entre las dimensiones de las habilidades sociales avanzadas y de la ayuda y confianza*

		Habilidades sociales avanzadas	**Ayuda / confianza**
Habilidades sociales avanzadas	Coeficiente de correlación	1,000	,564*
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	72	72
Ayuda / confianza	Coeficiente de correlación	,564*	1
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	72	72

Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Figura 14. *Diagrama de dispersión entre las dimensiones de las habilidades sociales avanzadas y de la ayuda y confianza*

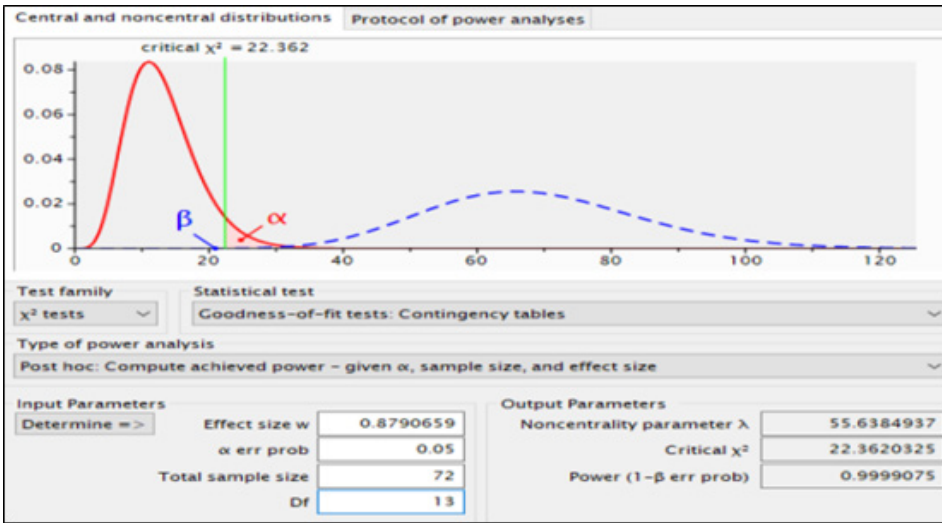


Según la Tabla 30 y la Figura 14, entre estas dimensiones hubo una correlación moderada positiva (Rho = ,564), la cual fue estadísticamente significativa (p = ,000). Este resultado coincidió con Vargas et al. (2020), donde la confianza del enfermero fue fundamental para los tratamientos adecuados y para la autonomía en las tomas de decisiones. Ante esto, Muñoz et al. (2014) señalan que los avances tecnológicos estuvieron complicando la ayuda y confianza del enfermero al paciente.

Tabla 31. *Prueba de hipótesis de las habilidades sociales avanzadas y de la ayuda y confianza*

	Habilidades sociales avanzadas	**Ayuda / confianza**
Chi-cuadrado	42,722	18,000
gl	13	19
Sig. asintótica	,000	,522

Figura 15. *Potencia estadística de Chi-cuadrado en las habilidades sociales avanzadas y la ayuda/confianza*



Nota. Chi-cuadrada = 42,722 | Sig. = 0,00 | 1-β = 1 | W = 0,87

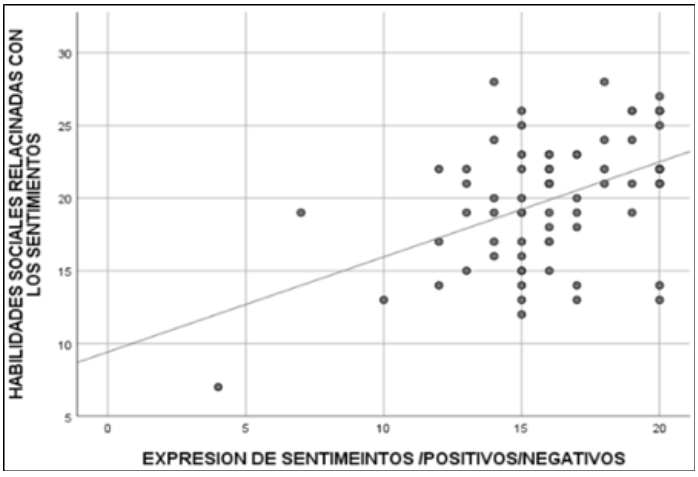
Según la Tabla 31 y la Figura 15, el chi-cuadrado evidenció la existencia de diferencias significativas en consideración al tamaño del efecto (1-B) y la potencia estadística (W) que superaron los estándares de 0.80 y de 0.50, respectivamente. En suma, el coeficiente de contingencia fue de 0.0009 con una Sig. de 0.000, lo que indicó las dimensiones se relacionaron; por consiguiente, se aceptó la hipótesis de la investigación y se rechazó la hipótesis nula.

Tabla 32. *Correlación de las dimensiones Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos y Expresión de sentimientos positivos / negativos*

		Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos	Expresión de sentimientos positivos / negativos
Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos	Coeficiente de correlación	1,000	,388*
	Sig. (bilateral)	.	,001
	N	72	72
Expresión de sentimientos positivos / negativos	Coeficiente de correlación	,388*	1,000
	Sig. (bilateral)	,001	.
	N	72	72

Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Figura 16. *Diagrama de dispersión de las dimensiones Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos y Expresión de sentimientos positivos / negativos*

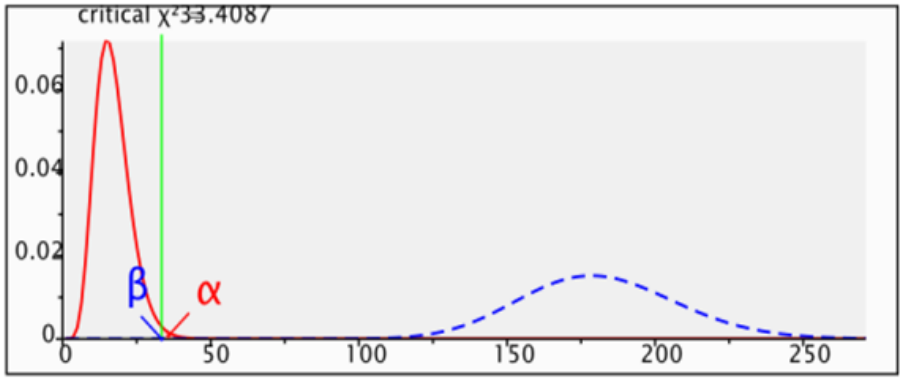


Según la Tabla 32 y la Figura 16, entre estas dimensiones hubo una correlación débil positiva (Rho = ,338), la cual fue estadísticamente significativa (p = ,001). Piqueras et al. (2009) señalaron la importancia de que los enfermeros reconozcan las emociones de los pacientes, como la angustia y la tristeza, pues se relacionan con alteraciones mentales producto de la enfermedad.

Tabla 33. *Prueba de hipótesis de las Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos y de Expresión de sentimientos positivos / negativos*

	Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos	Expresión de sentimientos positivos / negativos
Chi-cuadrado	32,000	43,000
gl	17	11
Sig. asintótica	,015	,000

Figura 17. *Prueba estadística Chi-cuadrado de las Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos y de Expresión de sentimientos positivos / negativos*



Nota. Chi-cuadrada = 32.00 | Sig. = 0,00 | 1-β = 1 | W = 1,51

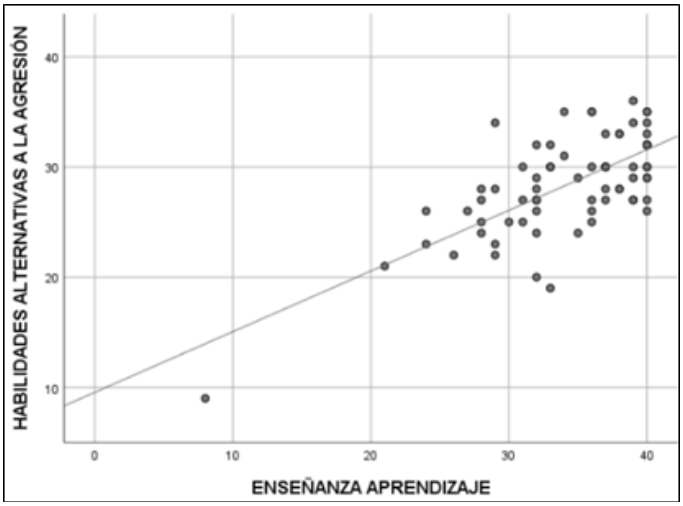
Según la Tabla 33 y la Figura 17, el chi-cuadrado evidenció la existencia de diferencias significativas en consideración al tamaño del efecto (1-B) y la potencia estadística (W) que superaron los estándares de 0.80 y de 0.50, respectivamente. En suma, el coeficiente de contingencia fue de 0.900 con una Sig. de 0.000, lo que indicó las dimensiones se relacionaron; por consiguiente, se aceptó la hipótesis de la investigación y se rechazó la hipótesis nula.

Tabla 34. *Correlación de las dimensiones Habilidades alternativas a la agresión y Enseñanza-aprendizaje*

		Habilidades alternativas a la agresión	Enseñanza-aprendizaje
Habilidades alternativas a la agresión	Coeficiente de correlación	1,000	,582*
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	72	72
Enseñanza-aprendizaje	Coeficiente de correlación	,582*	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	72	72

Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Figura 18. *Diagrama de la dispersión de las dimensiones Habilidades alternativas a la agresión y Enseñanza-aprendizaje*

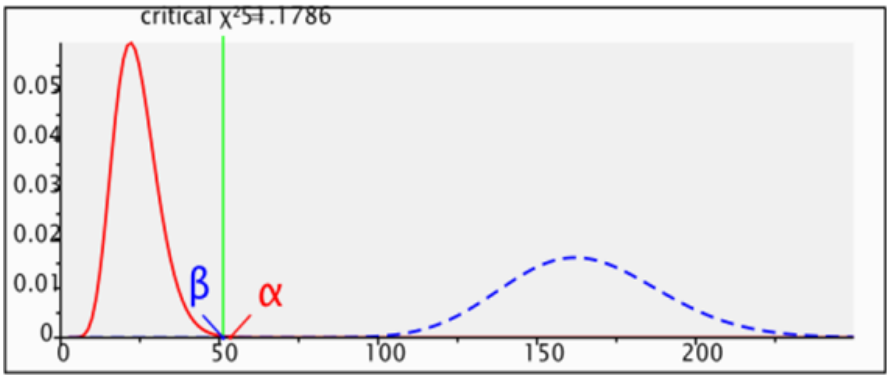


Según la Tabla 34 y la Figura 18, entre estas dimensiones hubo una correlación moderada positiva (Rho = ,582), la cual fue estadísticamente significativa (p = ,000). Al respecto, Fajardo (2017) señaló que las agresiones hacia los enfermeros están aumentando porque los pacientes no logran controlar sus emociones ante situaciones de emergencia, lo que dio paso a que los enfermeros reaccionaran hostil o indiferentemente.

Tabla 35. *Prueba de hipótesis de las dimensiones Habilidades alternativas a la agresión y Enseñanza-aprendizaje*

	Habilidades alternativas a la agresión	Enseñanza-aprendizaje
Chi-cuadrado	42,000	50,000
gl	18	17
Sig. asintótica	,031	,000

Figura 19. *Potencia estadística de las dimensiones Habilidades alternativas a la agresión y Enseñanza-aprendizaje*



Nota. Chi-cuadrada = 24.00 | Sig. = 0,00 | 1-β = 1 | W = 1,39

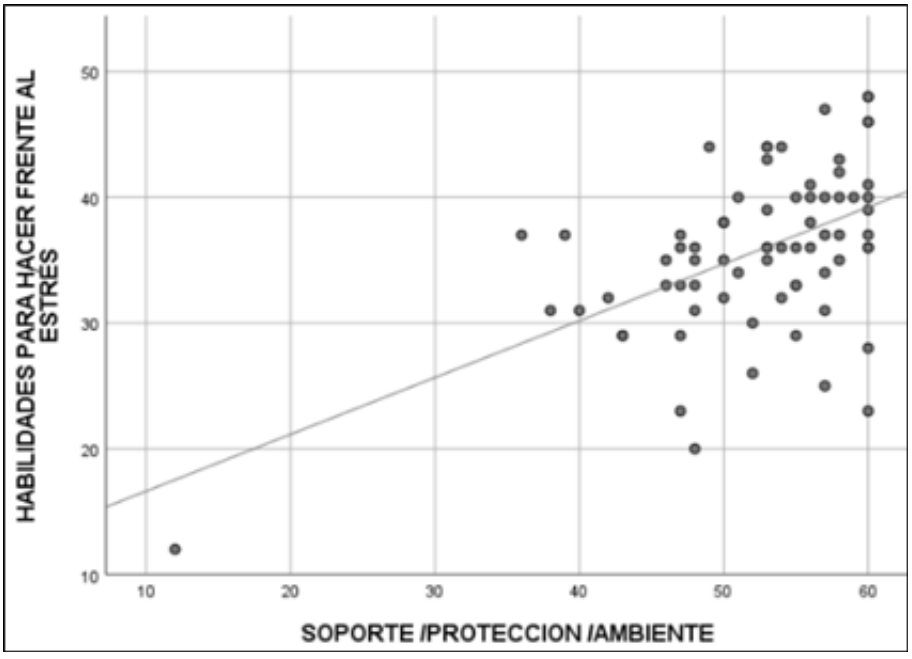
Según la Tabla 35 y la Figura 19, el chi-cuadrado evidenció la existencia de diferencias significativas en consideración al tamaño del efecto (1-B) y la potencia estadística (W) que superaron los estándares de 0.80 y de 0.50, respectivamente. En suma, el coefic siones se relacionaron; por consiguiente, se aceptó la hipótesis de la investigación y se rechazó la hipótesis nula.

Tabla 36. *Correlación de las dimensiones Habilidades para hacer frente al estrés y Soporte / protección ambiente*

		Habilidades para hacer frente al estrés	Soporte / protección ambiente
Habilidades para hacer frente al estrés	Coeficiente de correlación	1,000	,444*
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	72	72
Soporte / protección ambiente	Coeficiente de correlación	,444*	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	72	72

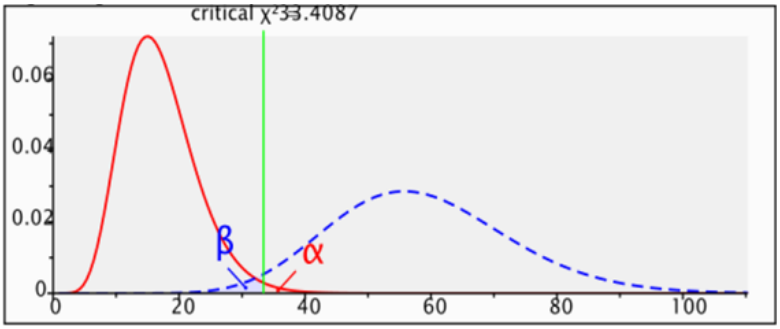
Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Figura 20. *Diagrama de dispersión de las dimensiones Habilidades para hacer frente al estrés y Soporte / protección ambiente*



Según la Tabla 36 y la Figura 20, entre estas dimensiones hubo una correlación moderada positiva (Rho = ,444), la cual fue estadísticamente significativa (p = ,000). Al respecto, Valero et al. (2020) indicaron que en el contexto de la pandemia los enfermeros han padecido alto niveles de estrés por la asistencia masiva, en relación a la falta de infraestructura, recursos hospitalarios, medicamentos, entre otros materiales. Asimismo, Bellver (2020) señaló que los equipos de protección personal ineficientes incrementaron el estrés por la falta de protección en el entorno laboral.

Figura 21. *Potencia estadística de las dimensiones Habilidades para hacer frente al estrés y Soporte / protección ambiente*



Nota. Chi-cuadrada = 17.00 | Sig. = 0,00 | 1-β = 1 | W = 0,97

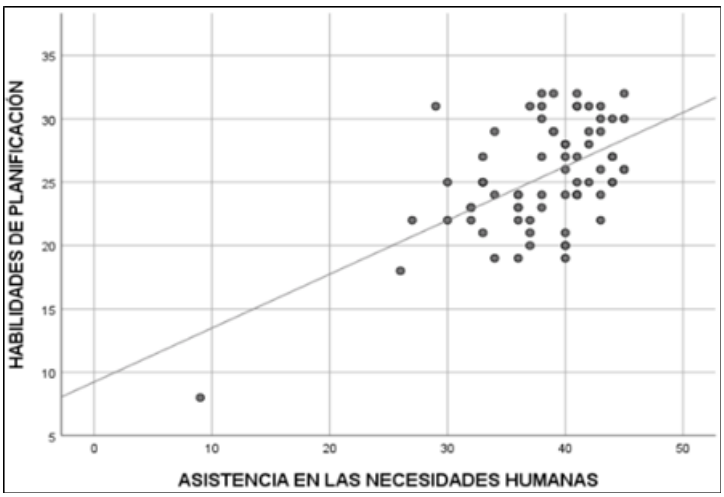
Según la Figura 21, el chi-cuadrado evidenció la existencia de diferencias significativas en consideración al tamaño del efecto (1-B) y la potencia estadística (W) que superaron los estándares de 0.80 y de 0.50, respectivamente. En suma, el coeficiente de contingencia fue de 0.915 con una Sig. de 0.000, lo que indicó que las dimensiones se relacionaron; por consiguiente, se aceptó la hipótesis de la investigación y se rechazó la hipótesis nula.

Tabla 37. *Correlación de las dimensiones Habilidades de planificación y Asistencia en las necesidades humanas*

		Habilidades planificación	**Asistencia en las necesidades humanas**
Habilidades planificación	Coeficiente de correlación	1,000	,436*
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	72	72
Asistencia en las necesidades humanas	Coeficiente de correlación	,436*	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	72	72

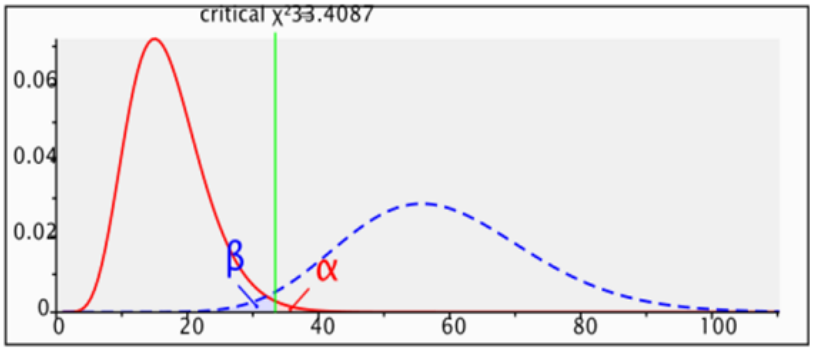
Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Figura 22. *Diagrama de dispersión de las dimensiones Habilidades de planificación y Asistencia en las necesidades humanas*



Según la Tabla 38 y la Figura 22, entre estas dimensiones hubo una correlación débil positiva (Rho = ,436), la cual fue estadísticamente significativa (p = ,000). Al respecto, Calil et al. (2014) indicaron que la planificación de los cuidados se cambia en el proceso de implementación tecnológica, lo que estuvo estableciendo una lejanía en el contacto entre enfermeros y pacientes.

Figura 23. *Potencia estadística de las dimensiones Habilidades de planificación y Asistencia en las necesidades humanas*



Nota. Chi-cuadrada = 17.33 | Sig. = 0,00 | 1-β = 1 | W = 0,97

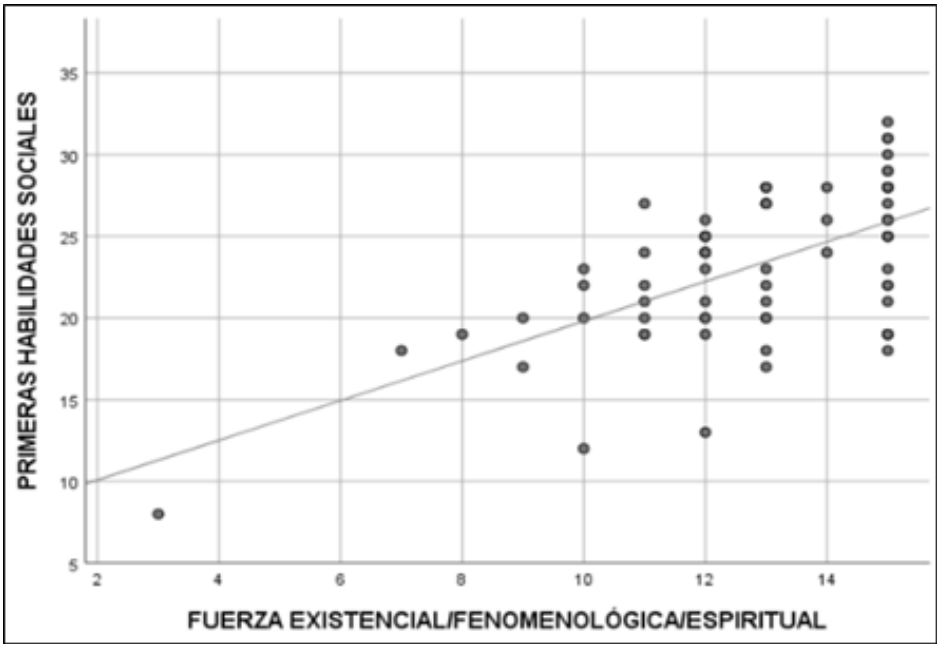
Según la Figura 23, el chi-cuadrado evidenció la existencia de diferencias significativas en consideración al tamaño del efecto (1-B) y la potencia estadística (W) que superaron los estándares de 0.80 y de 0.50, respectivamente. En suma, el coeficiente de contingencia fue de 0.915 con una Sig. de 0.229, lo que indicó que las dimensiones se relacionaron; por consiguiente, se aceptó la hipótesis de la investigación y se rechazó la hipótesis nula.

Tabla 38. *Correlación de las dimensiones Primeras habilidades sociales y Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual*

		Primeras habilidades sociales	Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual
Primeras habilidades sociales	Coeficiente de correlación	1,000	,523*
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	72	72
Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual	Coeficiente de correlación	,523*	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	72	72

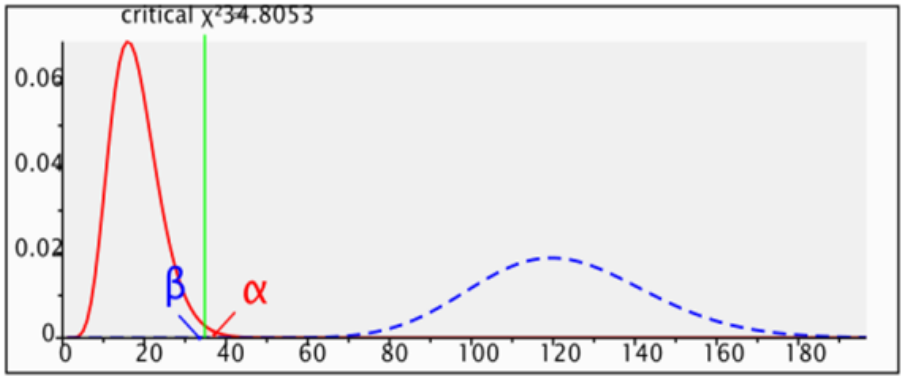
Nota. La correlación fue significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Figura 24. *Diagrama de dispersión de las dimensiones Primeras habilidades sociales y Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual*



Según la Tabla 39 y la Figura 24, entre estas dimensiones hubo una correlación positiva (Rho = ,523), la cual fue estadísticamente significativa (p = ,000). Al respecto, López et al. (2020) indicaron que, a mayor año de experiencia del enfermero, mejor fue el entendimiento de la espiritualidad de los pacientes, lo que coincidió con Muñoz et al. (2014), pues el sufrimiento de los pacientes se debió aliviar para una mejor atención en consideración al pensamiento de los pacientes por sus identidades culturales.

Figura 25. *Potencia estadística de las dimensiones Primeras habilidades sociales y Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual*



Nota. Chi-cuadrada = 29.33 | Sig. = 0,00 | 1-β = 1 | W = 0,97

Según la Figura 25, el chi-cuadrado evidenció la existencia de diferencias significativas en consideración al tamaño del efecto (1-B) y la potencia estadística (W) que superaron los estándares de 0.80 y de 0.50, respectivamente. En suma, el coeficiente de contingencia fue de 0.900 con una Sig. de 0.44, lo que indicó que las dimensiones se relacionaron; por consiguiente, se aceptó la hipótesis de la investigación y se rechazó la hipótesis nula.

CONCLUSIONES

- Se halló la correlación débil positiva entre las dimensiones Primeras habilidades sociales y Humanismo / fe-esperanza / Sensibilidad. Esto reveló que los enfermeros no prestaron la atención adecuada a la información brindada, además les resultó difícil iniciar y mantener una conversación y hacer preguntar para mejorar la atención a los pacientes.

- Se halló la correlación moderada positiva entre las dimensiones Habilidades sociales avanzadas y Ayuda / confianza. Esto reveló que a los enfermeros les resultó difícil pedir ayuda para atender las complicaciones de los pacientes, además de aceptar las equivocaciones o pedir disculpas.

- Se halló la correlación moderada positiva entre las dimensiones Habilidades relacionadas con los sentimientos y Expresión de sentimientos positivos / negativos. Esto reveló que los enfermeros desconocieron sus propios sentimientos a la par de expresarlos, lo que también les dificultó comprender los sentimientos de los pacientes y mantuvo una inadecuada interacción.

- Se halló la correlación moderada positiva entre las dimensiones Habilidades alternativas a la agresión y Enseñanza-aprendizaje. Esto reveló que los enfermeros no se expresan ni interactúan dentro de su entorno laboral en cuanto a ayudar a sus colegas o defender sus derechos por la modalidad de contrato.

- Se halló la correlación débil positiva entre las dimensiones Habilidades para hacer frente al estrés y Soporte / protección ambiente. Esto reveló que los enfermeros tuvieron dificultades para reclamar o hacer quejas, además de que no ayudaban a sus colegas ante situaciones adversas o para responder acusaciones o para afrontar la presión grupal y laboral.

• Se halló la correlación débil positiva entre las dimensiones Habilidades de planificación y Asistencia en las necesidades humanas. Esto reveló que los enfermeros no poseyeron iniciativa para resolver una situación adversa en la salud de los pacientes, lo que influyó a la identificación de las necesidades de los pacientes, lo que hizo ineficiente el cuidado de la salud por parte de los enfermeros.

• Se halló la correlación débil positiva entre las dimensiones Primeras habilidades sociales y Fuerza existencial / fenomenológica / espiritual. Esto reveló que a los enfermeros les dificultó atender a los pacientes adultos mayores en cuanto a sus pensamientos espirituales y a sus creencias.

RECOMENDACIONES

• En cuanto a las habilidades sociales básicas, estas deben ser consideradas como parte de la formación de la educación básica regular y pregrado, además de que las asignaturas en la segunda especialidad en enfermería también se deben enfocar a este propósito, donde los docentes enfaticen el desarrollo de las habilidades sociales.

• Se debe promover el trabajo en equipo y la solidaridad dentro de las actividades académicas en los centros médicos a fin de mejorar la comunicación asertiva y la empatía de los enfermeros y de los pacientes.

• En cuanto a las habilidades sociales avanzadas, se debe incentivar al profesional médico en enfermería a solicitar apoyo laboral durante situaciones complejas.

• Se debe promover, por parte de los enfermeros, al respeto a las creencias espirituales de los pacientes para una mejor atención.

• Se debe realizar capacitaciones a los enfermeros sobre los procedimientos para ejecutar reclamos y para reclamar los derechos y beneficios según la modalidad de contrato.

• Se debe promover estrategias de control y manejo del estrés en los centros hospitalarios para los profesionales a fin de mejorar o mantener sana la salud mental del personal médico.

• Se debe capacitar a los enfermeros para una buena calidad de atención en cuanto a la priorización de los cuidados e intervenciones de los pacientes.

• Como en la presente investigación no se demostró una correlación estadística entre las habilidades y el cuidado en el contexto de la pandemia del covid-19, se debe realizar más investigaciones al respecto, pero luego de la pandemia a fin de contrastar los resultados y así identificar las habilidades sociales a mejorar.

CAPÍTULO V

HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS Y SU IMPORTANCIA EN EL COMPORTAMIENTO DURANTE EL CUIDADO EN LA ENFERMERÍA

La práctica de cuidados de la actividad de los enfermeros y enfermeras no se reduce a la aplicación de medicinas y al correcto manejo de las herramientas disponibles para el tratamiento del paciente. La capacidad técnica adquirida en la educación y en la praxis del cuerpo de enfermeros debe estar acompañada de capacidades terapéuticas aplicadas desde la primera comunicación con las personas ingresadas al centro de salud (Müggenburg et al., 2015). La humanización del paciente y la empatía hacia su situación de incertidumbre, mucho más angustiante en el contexto de la pandemia, son requerimientos básicos para el ejercicio eficaz de la enfermería y las prácticas de cuidado. Las habilidades sociales en la enfermería tienen una función transversal en la salud; su praxis determina la situación del paciente en distintos momentos de su vida: desde la enfermería neonatal hasta la geriátrica o desde la inmunización generalizada hasta la terapia paliativa particular.

La empatía en diferentes momentos de la vida humana determina la confianza depositada de los usuarios en el centro médico; esto debido a que la fiabilidad de la práctica médica se demuestra tanto en los resultados fisiológicos de la atención como en la primera atención prestada a nivel comunicativo (Gómez et al., 2017). El desarrollo de las habilidades sociales y emocionales, causales de la aceptación de los usuarios hacia el cuerpo médico, debe acompañar la educación de quienes se convertirán en profesionales de la salud. El reconocimiento y respeto de la situación del usuario en su individualidad étnica, religiosa, social y emocional demuestra resultados positivos para un mayor desenvolvimiento práctico en la relación médico-paciente en muchas partes del mundo (Joven y Guáqueta, 2019; Fromme y Meier, 2019; Back et al., 2019; Ferrández et al., 2020). Existe, por ello, la necesidad que el modelo educativo en la enfermería cubra estas exigencias propias de la práctica laboral en aras de una mejor calidad de vida para los usuarios.

El respeto hacia los usuarios comprende, como se ha visto en capítulos anteriores, varias aristas debido a la misma complejidad del ser humano. Entre las dimensiones que construyen la identidad de la persona como sujeto social, se encuentran las prácticas espirituales y creencias religiosas. La atención y el acceso a la salud muchas veces se encuentra condicionado por las ideologías que profesan; sin embargo, una vez posibilitado el ingreso al centro médico, la resistencia a la atención se debe no solo a creencias particulares sino también a experiencias previas del usuario (Guerrero et al., 2017). La vinculación entre las necesidades socio-emocionales y fisiológicas del paciente son comprendidas desde los actos comunicativos de la enfermería empatizan con las ideas del usuario para un trato digno, asegurando su cooperación con el tratamiento.

Las habilidades que puedan adquirir y desarrollar los enfermeros y enfermeras durante su educación, entonces, son determinantes en la práctica. La identidad de la institución depende de la capacidad de sus miembros para afianzar las relaciones entre el cuerpo médico y los usuarios en los diferentes momentos de la atención médica. La comunicación, asertividad y toma de decisiones acompañadas de la empatía son elementos transversales que cumplen un rol importante ya sea en el triaje, momento en que el usuario recibe su primera atención en el reconocimiento de sus síntomas, o en situaciones de mayor estrés como en cuidados intensivos (UCI) o en los cuidados paliativos (Sarabia

et al, 2016; Dithole et al., 2017; Shao et al., 2018). Ya sea en la comunicación con los familiares que esperan los resultados de una intervención médica de alto riesgo o con en el diálogo con usuarios que padecen enfermedades terminales, el cuerpo de enfermeros utiliza habilidades blandas antes, durante y después de las intervenciones para ayudar en la relación establecida con los pacientes.

La educación en la enfermería se ha concentrado en capacitar a los estudiantes en habilidades prácticas para la atención y recuperación fisiológica de los usuarios, reduciendo la salud humana a un cuerpo pensamientos o emociones. Habilidades sociales básicas para las relaciones interpersonales se han dejado de lado por considerar que el desenvolvimiento de estas aptitudes en la vida rutinaria de los y las estudiantes es funcionales en su futura vida laboral. Sin embargo, la realidad del desempeño laboral de la enfermería peruana demuestra una deficiencia de la atención relacionada a problemas de comunicación, lo cual causa la insatisfacción de los usuarios hacia el personal particular y hacia la institución en general (Tarqui y Quintana, 2018; Rúa *et al.*, 2020).

La precariedad de la atención emocional de la enfermería no es un problema exclusivo del Perú. La investigación de las tendencias del comportamiento del personal médico en la primera línea de atención se ha centrado en las capacidades comunicativas del cuerpo de enfermeros, fijando un paradigma generalizado de despreocupación por la situación emocional de los pacientes. En ese sentido, considerando las necesidades futuras de la enfermería, existen estudios en diversas partes del mundo que demuestran la necesidad de aplicar con mayor ahínco el desarrollo de habilidades sociales y emocionales en la educación de enfermería (Gómez *et al.*, 2017; Sigalit, 2017; Hajibabaee, 2018; Haavisto et al., 2019; Berduzco *et al.*, 2020)

En la dinámica de los centros de salud, la relación enfermero-paciente no es única y aislada, sino que está mediada por diferentes factores; el trato, en la praxis, puede verse interrumpida por agentes exteriores a la relación de ambos individuos: ruido, procedimientos auscultares, otros pacientes, intervenciones del médico, entre otras. Además, el juicio sobre la relación establecida no es solo realizado por el paciente, receptor primario de la atención y principal afectado en caso de habilidades sociales deficientes del enfermero; la presencia de familiares es natural sobre todo en momentos de incertidumbre como en el tratamiento de una enfermedad.

Así, los parientes del paciente pueden ser entendidos como usuarios del trato de la enfermería en tanto se ven afectados emocionalmente por la atención brindada al usuario principal. Esto sucede debido a que las prácticas de cuidado no son actividades exclusivas de la enfermería; madres, padres, hermanos u otros cuidan de sus familiares cuando padecen de alguna enfermedad, es en función a su atención brindada que se realizan juicios de valor sobre la actitud de los enfermeros y enfermeras. En el Perú, donde la familia es el soporte principal para la recepción de cuidados, los parientes de los usuarios del centro médico muestran una insatisfacción generalizada hacia el trato médico (Culqui et al., 2020). El descontento parte de la comparativa entre la praxis propia del familiar y la realizada por el cuerpo de enfermeros; las expectativas del cuidado fraternal no se cumplen en el mecanicismo de la atención médica.

La empatía se ha enfocado en emociones como la tristeza, el consuelo que acompaña a la comunicación de un hecho desfavorable no ha sido olvidado; pero esto no aplica hacia emociones que entorpecen la praxis y, por tanto, la productividad del enfermero. Esto se debería a que la enfermería, por las mismas necesidades del hospital, tiende a medir su efectividad en función a la velocidad con la que pueden atender a un paciente y al número de usuarios que puede tratar en determinado tiempo

(Almeida et al., 2019; Ferreira et al., 2020; Nogueira y Assunção, 2021). La alta demanda de atención médica ha devenido en el mecanicismo, lo cual ha causado en una progresiva falta de sensibilidad de los enfermeros más experimentados. Es por ello que la focalización en las habilidades sociales de los estudiantes de enfermería (base para la expresión de la empatía) debe estar acompañada por el desarrollo de la sensibilidad humana como principio deontológico (Karaka, 2018; Rosa et al., 2019; Gülnar et al., 2020).

Las responsabilidades de la enfermería en el tratamiento de los usuarios, entonces, no se reduce a la aplicación efectiva de metodologías mecanicistas de la experiencia médica. La comprensión del paciente en su complejidad humana genera una dinámica distinta en las prácticas de cuidados y en la percepción del usuario respecto al personal y a la institución. El desarrollo de las capacidades sociales y emocionales de los estudiantes de enfermería supone un mejoramiento exponencial del contexto de la salud desde la perspectiva tanto del que reciba la atención como de quien la brinda. La respuesta positiva ante la comunicación empática del cuerpo de enfermeros permite al paciente una situación más óptima a nivel fisiológico y facilita las prácticas de cuidado como consecuencia de la confianza otorgada ante el buen trato.

Habilidades básicas para el desempeño laboral como el trabajo en equipo y la comunicación asertiva causan una mayor estructuración de las funciones en el centro de salud; asimismo, otras aptitudes como la empatía en la práctica comunicativa con el paciente mejora la eficiencia de las prácticas de cuidado en su dimensión humana. La capacitación de los próximos profesionales de la salud debe tener en cuenta estas capacidades transversales a la dinámica diaria de la enfermería. El respeto, la comunicación activa y la empatía tienen que ser entendidas como base para la optimización de las prácticas de cuidado, aún más cuando estas últimas se han visto insensibilizadas ante la gran demanda y la aceleración de la atención de los enfermeros hacia los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbass, H., Petraki, E., Hussein, A., McCall, F. y Elsawah, S. (2021). A model of symbiomemesis: machine education and communication as pillars for human-autonomy symbiosis. *Philosophical Transactions of the Royal Society A*, *379*(2207), 1-19. https://doi.org/10.1098/rsta.2020.0364.

Águila, N.; Bravo, E.; Montenegro, T., Herrera, L.; Duany, L. y Rodríguez, Y. (2020). Retos actuales de la profesión de enfermería: un enfoque ético y bioético. *MediSur*, *18*(2), 244-255. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000200244

Aguirre, D. (2020). Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *19*(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2020000300001&script=sci_arttext&tlng=en

Almeida, M., De Oliveira, A., Carvalho, D., Rocha, R. y Alves, M. (2019). O cotidiano de trabalho na enfermagem: uma reflexão sobre práticas profissionais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, *18*(4). https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i4.43349

Alvarado, T. y Godínez, M. (2020). Teorizar y diagnosticar en enfermería: la evolución del pensamiento enfermero. *CuidArte*, *6*(11), 53-61. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96419

Alves, L., Carnevalli, A. y Rodrigues, Z. (2015). Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería. *Enfermería Global*, 14(1), 335-349. https://doi.org/10.6018/eglobal.14.1.193101

Ancheta, E. (2017). La Historia de la Enfermería en Cuba: métodos y procedimientos de estudio. *Revista Uruguaya de Enfermería*, *12*(2). http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/238

Arica, V. y Díaz, R. (2018). El cuidado de enfermería al adulto mayor hospitalizado: complementariedad, calor humano e interculturalidad *ACC CIETNA*, *4*(1), 35-47. https://doi.org/10.35383/cietna.v4i1.30

Arriaga, A. & Obregón, M. (2019). Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de Lima. *Revista de Investigación y Casos en Salud*, *4*(2), 102-113. https://doi.org/10.35626/casus.2.2019.213

Ávila, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, *30*(2), 216–229. https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11

Back, A., Fromme, E. y Meier, D. (2019), Training Clinicians with Communication Skills Needed to Match Medical Treatments to Patient Values. *Journal of American Geriatrics Society*, *67*(S2), 435-441. https://doi.org/10.1111/jgs.15709

Ball, B., Sevillano, L., Faulkner, M. y Belseth, T. (2021). Agency, genuine support, and emotional connection: Experiences that promote relational permanency in foster care. *Children and Youth Services Review*, *121*(2), 105852. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105852.

Ball, B., Sevillano, L., Faulkner, M. y Belseth, T. (2021). Agency, genuine support, and emotional connection: Experiences that promote relational permanency in foster care. Children and Youth Services Review, 121(2), 105852. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105852.

Bautista, L., Arias, M. y Carreño, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, *7*(2), 1297-1309. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330

Bellver, V. (2020). Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. *Index de Enfermería*, *29*(1-2), 46-50. https://bit.ly/3CvBttM

Berduzco, N, Choquenaira, B., Medina, P., Chihuantito, L., Caballero, S., Gallegos, E., San Martín, M., Delgado, R. & Vivanco, L. (2020) Factors Related to the Differential Development of Inter-Professional Collaboration Abilities in Medicine and Nursing Students. *Frontiers in Psychology*, *11*, 432. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00432

Blanco, N. y Betancourt, Y. (2021). La enfermería: ciencia constituida. *Revista Eugenio Espejo*, *15*(2), 3-5. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422021000200003

Blasdell, N. (2017). The Meaning of Caring in Nursing Practice. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, *4*, 238. https://doi.org/10.15344/2394-4978/2017/238

Blomberg, K., Griffiths, P., Wengström, Y., May, C. & Bridges, J. (2016). Interventions for compassionate nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *62*, 137-155. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.009

Borredá, E.; Faus, F. y Camaño, R. (2016). Cuidados de Nightingale en la sala del enfermo y su repercusión en Rubio y Galí [Nightingale care in the sick room and its impact on Rubio y Galí] [O cuidado de Nightingale na sala do doente e seu impacto sobre Rubio y Galí]. *Revista Enfermagem UERJ*, *24*(2), 17019. https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17019

Butler, H., Pentoney, C. y Bong, M. (2017). Predicting real-world outcomes: Critical thinking ability is a better predictor of life decisions than intelligence. *Thinking Skills and Creativity*, *25*(3), 38-46. https://doi.org/10.1016/j.tsc.2017.06.005.

Calil, K., Cavalcanti, G. & Silvino, Z. (2014). Acciones y/o intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones hospitalarias en pacientes gravemente enfermos: una revisión integrativa. *Enfermería Global*, *13*(34), 406-424. https://bit.ly/3nLZ9nB

Camacho, M., Rojas, M., Hinojosa, E. y Olvera, J. (2015). La inteligencia emocional y la competencia gerencial del profesional de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *23*(3), 193-196. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/63

Caudevilla, A. (2019). Cuidar: un paseo por la historia de enfermería (tesis de licenciatura, Universidad de La Laguna). Repositorio institucional UL. https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15101/Cuidar%20un%20paseo%20por%20la%20historia%20de%20Enfermeria..pdf?sequence=1

Chooprom, N. C., Buajaroen, H. y Photangtham, D. (2021). Supporting sustainable development goals in the nursing education system: Nursing student practitioner, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University Thailand. Interdisciplinary Research Review, 16(2), 25-29. https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/jtir/article/view/240973/165530.

Cohen, A. (2018). *Counterproductive work behaviors. Understanding the dark side of personalities in organizational Life*. Routledge. https://bit.ly/3CyYKLl.

Cole, J., Kiriaev, O., Malpas, P. y Cheung, G. (2017). 'Trust me, I'm a doctor': a qualitative study of the role of paternalism and older people in decision-making when they have lost their capacity. *Australasian Psychiatry*, *25*(6), 549-553. https://doi.org/10.1177/1039856217734741

Cravens, A., Henderson, J., Friedman, J., Burkardt, N., Cooper, A., Haigh, T., ... y Wilmer, H. (2021). A typology of drought decision making: Synthesizing across cases to understand drought preparedness and response actions. *Weather and Climate Extremes*, *33*(3), 1-41. https://doi.org/10.1016/j.wace.2021.100362.

Culqui, P., Rojas, Y. y Fanning, M. (2020). Percepción del familiar usuario, respecto al trato que brinda la enfermera del servicio de emergencia. *Ser, saber y hacer enfermería*, *2*(1). http://revistas2.unprg.edu.pe/

ojs/index.php/RFE/article/view/456

Da Rosa, I., Da Silva, A., Da Rosa, I., Amorim, C., Viana, L., y Guimarães, L. (2019). Sexualidad y subjetividad: el impacto del cáncer de próstata en la vida sexual e identidad masculina. *Psicooncología*, *16*(2), 375-385. https://doi.org/10.5209/psic.65597

Dandicourt, C. (2018). Modelos de enfermería relacionados con el cuidado preventivo orientado a la comunidad y la familia. *Revista Cubana de Enfermería*, *34*(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000400017&script=sci_arttext&tlng=pt

Dandicourt, C.; Hernández, E.; Espinoza, T. y Pérez, R. (2017). Pasado y presente de la función enfermera en el acto del cuidado. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, *1*(1), 49-54. http://52.37.22.248/index.php/hgh/article/view/10

Dantas de Oliveira, N., De Azevedo, F., da Silva, A. y Scherlowski, H. (2017). Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *70*(5). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0092

Delgado, I. y Naranjo, M. (2015). El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo. Avances en Enfermería, *33*(3), 412-419. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.42015

Díaz, D., Velazquez, M., Benitez, J. y Fernandez, C. (2019). Psychosocial reintegration process in patients who receive maintenance treatment with methadone: A qualitative analysis. *Salud Mental*, *42*(4), 173-184. https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2019.023

Dimitrios, T., Antigoni, F. & Kotrotsiou, S. (2018). Ethics and Deontology in Nursing Research: A Discussion Paper. *International Journal of Caring Sciences*, *13*(2), 1982-1989. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/Issue.aspx?issueID=49

Dithole, K.S., Thupayagale, G., Akpor, O. & Moleki, M. (2017) Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. BMC *Nurs*, *16*, 74. https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5

Do Amaral, M., Maia, F., & Bezerra, C. (2015). Las habilidades sociales y el comportamiento infractor en la adolescencia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, *19*(2), 17-38. https://bit.ly/3jRJylg

Escudero, D., Martín, L., Viña, L., Quindós, B., Espina, M., Forcelledo, L., López-Amor, L., García-Arias, B., Del Busto, C., De Cima, S. y Fernández-Rey, E. (2015). Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Revista de Calidad Asistencial*, *30*(5), 243-250. https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002

Espinosa, A; Arteaga, G. y Elers, Y. (2021). Arte y ética como dimensiones del cuidado de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, *37*(3). http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4552

Fajardo, Á. (2017). Agresiones contra los profesionales de la salud en los servicios de urgencias. *Investigaciones Andina*, *19*(34), 1781-1794. https://doi.org/10.33132/01248146.933

Fareri, S., Fantoni, G., Chiarello, F., Coli, E., & Binda, A. (2020). Estimating Industry 4.0 impact on job profiles and skills using text mining. Computers in industry, 118, 103222. https://doi.org/10.1016/j.compind.2020.103222.

Febriana, R. y Akbara, Z. (2017). The effectiveness of Student Team Achievement Division (STAD) on

academic achievement and social behavior. En Ade Gafar Abdullah, Tutin Aryanti, Agus Setiawan, Maizam Binti Alias (Eds.), *Regionalization and Harmonization in TVET* (221-225). Routledge. https://doi.org/10.1201/9781315166568.

Feldman, K. y Newcomb, T. (2020). *The impact of college on students*. Routledge. https://bit.ly/3bnLnll.

Ferrández, T., Ferreira, G., Del Pino, R. Ferrández, P., Baleriola, J.y Martínez, J. (2020). Communication skills training in undergraduate nursing programs in Spain. *Nurse Education in Practice*, *42*, 102653. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102653

Ferreira, C., Dantas de Oliveira, N., Mó Y Mó, T., Da Costa, O. y Da Rosa, I. (2020). Cotidiano laboral docente: enfrentamentos dos professores de enfermagem na contemporaneidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *54*, e03577. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018038603577

Figà, G. (2021). Joint Action without Mutual Beliefs. *Kriterion–Journal of Philosophy*, *35*(1), 47-70. https://doi.org/10.1515/krt-2021-0004.

Flores, E., Garcia, M., Calsina, W. & Yapuchura, A. (2016). Las habilidades sociales y la comunicación interpersonal de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano - Puno. *Comuni@cción*, *7*(2), 5-14. https://bit.ly/3jQykgU

Flórez, I., Montalvo, A. y Romero, E. (2018). Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, *20*(1). https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.icfp

Franco Giraldo, Álvaro. (2019). La salud pública en discusión. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, *37*(1), 15–28. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a04

Garcia, D. & Matta, H. (2020). Habilidades sociales en estudiantes de enfermería de una universidad privada de Lima Norte. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, *4*(1), 16-19. https://bit.ly/3CJrqBD

Giménez, M., Prado, V. y Valero, S. (2019). Efeito dos aspectos trabalhistas na comunicação, inteligência emocional e empatia em enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27, e3118. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2933.3118

Gómez, M., Delgado, M. y Gómez, R. (2017). Education, Emotions and Health: Emotional Education in Nursing. *Procedia*, *237*, 492-498. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.095

Guerrero, R., Meneses, M. y De la Cruz, M. (2017). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. LimaCallao, 2015. *Revista Enfermería Herediana*, *9*(2), 133. https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017

Gülnar, E., Özveren, H. & Özden, D. (2020). The relationship between moral sensitivity and medical errors attitude in nursing students. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, *73*, 101981. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101981

Haavisto, E., Hupli, M., Hahtela, N., Heikkilä, A., Huovila, P., Moisio, E., Yli-Koivisto, L. & Talman, K. (2019). Structure and Content of a New Entrance Exam to Select Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, *16*, 20180008. https://doi.org/10.1515/ijnes-2018-0008

Hajibabaee, F., Farahani, M., Ameri, Z., Salehi, T. & Hosseini, F. (2018). The relationship between empathy and emotional intelligence among Iranian nursing students. *International Journal of Medical Education*, *9*, 239-243. https://doi.org/10.5116/ijme.5b83.e2a5

Hayes, S. y Hofmann, S. (2021). "Third-wave" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. World Psychiatry, 20(3), 363-375. https://doi.org/10.1002/wps.20884.

Hernández, R. (2019). Una visión humanista del cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, *34*(4). https://bit.ly/3vYVwOI

Hofferberth, M. (2019). Get your act (ors) together! Theorizing agency in global governance. *International Studies Review*, *21*(1), 127-145. https://doi.org/10.1093/isr/viy018.

Hoffman, E. y Verdooren, A. (2019). *Diversity Competence. Cultures Don't Meet, People Do.* CABI. https://bit.ly/31a3lFT.

Huisa, S. (2021). *Cuidado enfermero en paciente con insuficiencia respiratoria aguda tipo I - Servicio de Emergencia Hospital de Apoyo Puquio de Ayacucho 2020* [tesis de maestría, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio UNSA. https://bit.ly/3mssxzC

Infante, I., Moret, A. & Curbelo, I. (2007). Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. *Revista Cubana de Enfermería*, *33*(3), 1-15. https://bit.ly/3mvk8f4

Izquierdo, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, *31*(3), 1-11. https://bit.ly/3GAVWQs

Joven, Z. y Guáqueta, S. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en enfermería*, *37*(1), 65-74. http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646

Jureviciene, M., Kaffemaniene, I. y Ruškus, J. (2012). Concept and structural components of social skills. *Baltic Journal of Sport and Health Sciences*, *3*(86), 42-52. https://hdl.handle.net/20.500.12259/45520.

Justich, P. (2015). ¿Medicina basada en el mercado o medicina basada en el paciente? *Archivos Argentinos de Pediatría*, *113*(2), 146-153. http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.146

Karaca, T. (2018). The Moral Sensibility of Nursing Students. *Journal of Health Science and Profession*, *5*(1), 24-30. https://doi.org/10.17681/hsp.319379

Kaya, H., Senyuva, E., & Bodur, G. (2018). The relationship between critical thinking and emotional intelligence in nursing students: A longitudinal study. Nurse education today, 68, 26-32. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.024.

Kellet, P. & Fitton, C. (2017). Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety. *Nursing Inquiry*, *24*(1), e12146. https://doi.org/10.1111/nin.12146

Kitto, K., Sarathy, N., Gromov, A., Liu, M., Musial, K., & Shum, S. B. (2020). Towards skills-based curriculum analytics: can we automate the recognition of prior learning?. In Proceedings of the Tenth International Conference on Learning Analytics & Knowledge (171-180). https://doi.org/10.1145/3375462.3375526.

Lagoueyte, M. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, *47*(2), 209-213. https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4846

Llanes, G., Bejarano, D., Márquez, L., Ponce, C. y Martínez, R. (2018) La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. Revista Enfermería del Trabajo, 8(1), 18-26. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6536488

López, Á., Ruiz-Romero, V. & González-Martín, T. (2020). Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Española de Salud Pública*, *94*, e1-25. https://bit.ly/3pZMYGe

Maida, P. (2020). Skill Sets, Employee Types, and Strategies for Remediation: Analytical and Clinical Considerations for the Workplace. En Ramadani, V., Palalic, R., Dana, L., Krueger, N. y Caputo, A. (Eds.), *Organizational Mindset of Entrepreneurship* (121-151). Springer, Cham. https://bit.ly/3BtrbZU.

Maldonato, M., Dell'Orco, S. y Sperandeo, R. (2018). When intuitive decisions making, based on expertise, may deliver better results than a rational, deliberate approach. En Esposito, A., Faudez-Zanuy, M., Morabito, F. y Pasero, E. (Eds.), *Multidisciplinary approaches to neural computing* (369-377). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56904-8_35.

Marín, A. (2017). La prensa profesional como fuente de información historiográfica en la Historia de la Enfermería. http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/65752

Martin, E. & Kallmeyer, R. (2018). Strategies to Recruit the Next Generation of Nursing Leadership Talent. The Journal of Nursing Administration, 48(7-8), 368-374. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000631

Martínez, N. (2019). Modelo de enfermería salubrista para el enfoque interdisciplinar en las prácticas de cuidados. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *27*(2), 60-63. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1090

Martínez, N., Díaz , Z., Martínez, Y., Chao, M., Dandicourt, C., Vera, J. y Elers, Y. (2020). Modelo de Enfermería Salubrista para las prácticas de cuidado interdisciplinar. *Revista Cubana de Enfermería*, *36*(3). http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3490

Matsumori, N., & Kageyama, Y. (2021). Literature Review of Nursing Education Promoting Professional Socialization among Nursing Students. *Open Journal of Nursing*, *11*(10), 828-846. https://doi.org/10.4236/ojn.2021.1110069

McComb, S. y Kennedy, D. (2020). Team communication in theory and practice. En McComb, S. y Kennedy, D., *Computational methods to examine team communication* (1-16). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36159-4_1.

Merskin, D. (2019). *The SAGE International Encyclopedia of Mass Media and Society*. SAGE Publications. https://bit.ly/3w0JWCA.

Morales, F., Hernández-Cruz, M., Morales, M. & Landeros, E. (2016). Validación y estandarización del instrumento: Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado en enfermeras mexicanas. *Enfermería Universitaria*, *13*(1), 3-11. https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.11.005

Moreno, Y.; Fajardo, M.; Ibarra, A. y Restrejo, S. (2017). Cronología de la profesionalización de la enfermería. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, *9*(2), 64-84. https://www.redalyc.org/jatsRepo/5177/517753268005/517753268005.pdf

Müggenburg, C., Robles, R., Valencia, A., Hernández, M., Olvera, S. y Riveros, A. (2015). Evaluación de la

percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. *Salud mental*, *38*(4), 273-280. https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.037

Muñoz, A., Morales, I., Bermejo, J. & Galán, J. (2014). La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index de Enfermería*, *23*(3), 153-156. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008

Naranjo, I. & Ricaurte, G. (2006). La comunicación con los pacientes. *Investigación y Educación en Enfermería*, *24*(1), 94-98. https://bit.ly/3BwoNRU

Nogueira, R. y Assunção, M. (2021). Enfermagem e sociedade: evolução da Enfermagem e do capitalismo nos 200 anos de Florence Nightingale. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *29*. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4482.3425

Núñez, E.; Macías, L.; Navarro, R. y De Souza, S. (2019). Historia de la enfermería chilena: una revisión desde las fuentes. *Ciencia y enfermería*, *25*, 0-0. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532019000100301&script=sci_arttext&tlng=p

O'Brien, M., Kinloch, K., Groves, K. & Jack, B. (2019). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(1-2), 182-189. https://doi.org/10.1111/jocn.14648

Obregón, D. (2020). La OMS y el paradigma global: los determinantes sociales de la salud o la retórica de la inclusión. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, *38*(2), 1–10. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341524

Peraza, C. (2020). Vigencia del pensamiento de Florence Nightingale en su bicentenario. *MediSur*, *18*(5), 757-761. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000500757

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, *16*(2), 85-112. https://bit.ly/3w0UeCR

Pons, S. (2017). Breve estudio sobre la historia de la enfermería. De 1950 a la actualidad. http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/67698

Ramacciotti, K. y Valobra, A. (2017). El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967. *Dynamis*, *37*(2), 367-387. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-95362017000200006&script=sci_arttext&tlng=en

Ramírez, A., Martínez, P., Pogyo, G., Estrella, M., Mesa, I., Minchala, R., Yambay, X., Torres, L., González, D., Sepulveda, J., Romero, L., González, F., Ocho, C., Latacela, G. y Abad, N. (2020). Evaluación psicométrica e intervención de enfermería frente al miedo a COVID–19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, *39*(5). https://doi.org/10.5281/zenodo.4262353

Rôlo, B., Santos, B., Duarte, I., Pires, L. & Castro, C. (2019). Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review. *Annals of Medicine*, *51*(sup. 1), 204. https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560164

Rosa, W., Upvall, M., Beck, D. y Dossey, B. (2019). Nursing and Sustainable Development: Furthering the Global Agenda in Uncertain Times. *OJIN*, *24*(2). https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No02Man01

Ross, P., & Atkinson, A. P. (2020). Expanding simulation models of emotional understanding: the case for different modalities, body-state simulation prominence, and developmental trajectories. Frontiers in

psychology, 11, 309. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00309.

Rúa, J., Grados, J. y Chanamé, E. (2020). Índice de capacidad de trabajo en enfermeras en atención primaria de salud, Lima-Perú. *Avances en Enfermería*, *38*(1), 37-45. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79693

Rúa, J., Grados, J. y Chanamé, E. (2020). Índice de capacidad de trabajo en enfermeras en atención primaria de salud, Lima-Perú. *Avances en Enfermería*, *38*(1), 37-45. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79693

Saavedra, M., Espinosa, A. y Mastrapa, Y. (2019). El envejecimiento desde la perspectiva del modelo conductual de Dorothy E. Johnson. *Revista Cubana de Enfermería*, *35*(1). http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1923

Saltos, I. y Huaiquián, J. (2020). El legado de Florence Nightingale en la enseñanza de Enfermería. *Enfermería Investiga*, *5*(2), 62-70. http://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/878

Sanchez, J. y Taype, A. (2018). Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? *Revista Médica de Chile*, *146*(12). http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201498

Sarabia, C., Alconero, A., Lavín, L. y Ibáñez, I. (2016). Assessment of a learning intervention in palliative care based on clinical simulations for nursing students. *Nurse Education Today*, *45*, 219-224. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.014

Savieto, R., Mercer, S., Pereira, C. y Ribeiro, E. (2019). Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *27*. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3049.3151

Scarantino, A. (2017). How to do things with emotional expressions: The theory of affective pragmatics. *Psychological Inquiry*, *28*(2-3), 165-185. https://doi.org/10.1080/1047840X.2017.1328951.

Serdarevich, U. (2017). Enfermería. Una perspectiva historiográfica. Investigación en Enfermería: *Imagen y Desarrollo*, *19*(2), 83-95. https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12500/

Shao, Y. Sun, H., Huang, J., Li, M., Huang, R. & Li, N. (2018). Simulation-Based Empathy Training Improves the Communication Skills of Neonatal Nurses. *Clinical Simulation in Nursing*, *22*, 32-42. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.07.003

Sigalit, W., Sivia, B. & Michal, I. (2016). Factors Associated With Nursing Students' Resilience: Communication Skills Course, Use of Social Media and Satisfaction With Clinical Placement. *Journal of Professional Nursing*, *33*(2), 153–161. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.08.006

Silva, A. y Kowal, I. (2020). Evidências sobre uma Epistemologia de Administração em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *75*(sup.5). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0275

Simões, Â. y Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*, 27(2). https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306

Sorenson, K. J. (2021). *Sleep Hygiene Analysis & Education Module for Nursing Students* (Doctoral dissertation, North Dakota State University). https://www.proquest.com/openview/7942e143a07055b4a668669f678a1909/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y.

Sotiropoulou, K. y Vavatsikos, A. (2021). Onshore wind farms GIS-Assisted suitability analysis using PROMETHEE II. *Energy Policy*, *158*(11), 1-14. https://doi.org/10.1016/j.enpol.2021.112531.

Sung, K. (2017). *Sustainable production and consumption by upcycling: understanding and scaling-up niche environmentally significant behaviour* (Doctoral dissertation, Nottingham Trent University). http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/31125.

Tan, M., Lopez, V. y Cleary, M. (2015). Nursing management of aggression in a Singapore emergency department: A qualitative study. *Nursing & Health Sciencies, 17*(3), 307-312. https://doi.org/10.1111/nhs.12188

Tarqui, C. y Quintana, D. (2018). Desempeño laboral del profesional de enfermería en un hospital de la Seguridad Social del Callao – Perú. *Archivos de Medicina, 20*(1). https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3372.2020

Valero, N., Vélez, M., Duran, Á. & Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga, 5*(3), 63-70. http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.2020

Vargas, I., Soto, S., Hernández, M. & Campos, S. (2020). La confianza en la relación profesional de la salud y paciente. *Revista Cubana de Salud Pública, 46*(3), e1575. https://bit.ly/3jPXw7b

White, D. & Grason, S. (2019). The Importance of Emotional Intelligence in Nursing Care. J*ournal of Comprehensive Nursing Research and Care, 4*, JCNRC-152. https://doi.org/10.33790/jcnrc1100152

Wright, A., Irving, G. & Selvan, K. (2021). Professional Values and Managerialist Practices: Values work by nurses in the emergency department. *Organization Studies, 42*(9), 1435-1456. https://doi.org/10.1177/0170840620950079