

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“Relación entre la percepción social que tiene la población sobre el rol de enfermería y la presencia de síntomas de estrés en los enfermeros, según antigüedad en el servicio internación de cuidados mínimos de adultos de una institución pública de salud en la ciudad de Rosario en el año 2021”**

Autor: Soria, Cintia Carolina

Director: Magister Aldo Minniti

Docente Asesor: Córdoba, Natalí

Rosario, 14 de Diciembre de 2020

*Trabajo práctico para regularizar la actividad académica Investigación*

*Agradecimientos*

*Agradezco a mi director de tesina, que me ha dirigido con paciencia, dedicación de su tiempo y entusiasmo.*

*Al equipo docente, que en éstos tiempos de pandemia, siempre estuvieron allí, presentes, ante cualquier duda o inquietud.*

*MUCHAS GRACIAS!*

## **Resumen:**

La organización mundial de la salud establece que el estrés es la "epidemia de salud del siglo XXI", en un estudio reciente en EE. UU, más del 50% de las personas consideraron que ésta afectó negativamente la productividad laboral. Las percepciones erróneas sobre el rol de enfermería pueden actuar directamente sobre la presencia de síntomas de estrés en los enfermeros, entendidas las percepciones como las representaciones sociales que tiene la población.

El objetivo general de este estudio será analizar la relación que existe entre la percepción sobre el rol de enfermería que tiene la población que asiste a la institución en una institución pública y la presencia de síntomas de estrés en los enfermeros y las enfermeras, según antigüedad en el servicio de una institución pública de salud en la ciudad de Rosario en el año 2021.

El abordaje metodológico será cuantitativo, el tipo de estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. El análisis será multivariado, se describirán como se relacionan las tres variables, es decir, si a mayor percepción errónea del rol de enfermería, mayor presencia de síntomas de estrés. Y que la antigüedad mayor a cinco años predispone a la presencia de síntomas de estrés. Al ser una investigación de abordaje cuantitativo, se aplicará estadística descriptiva través de las medidas de tendencia central. Se utilizarán gráficos de barras simples para representar los datos.

## **Palabras clave:**

Enfermeros- síntomas de estrés- percepción sobre el rol de enfermería- antigüedad laboral

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág</b>
<b>Resumen y Palabras claves</b>	3
<b>Índice general</b>	4
<b>Introducción</b>	5
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	14
Hipótesis y objetivos	14
<b>Marco teórico</b>	<b>16</b>
<b>Material y Métodos</b>	<b>50</b>
Tipo de estudio o diseño	50
Sitio o contexto de la investigación	50
Población y Muestra	51
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	52
Persona a cargo de la recolección de datos	58
Plan de análisis	59
Plan de trabajo y Cronograma	60
<b>Anexos</b>	
I.    Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	62
II.    Instrumento de recolección de datos	64
III.    Resultado del estudio de exploratorio	66
IV.    Resultado de la prueba piloto del instrumento	67
<b>Bibliografía</b>	<b>68</b>

## **Introduccion:**

En América Latina ,la situación actual de la última década, áreas críticas y lineamientos para un plan de desarrollo, refiere que enfermería es un factor esencial de la atención de salud, hay una transformación acelerada, revolución tecnológica, globalización, poderes económicos, las enfermedades infectocontagiosas conviven con las crónicas degenerativas, hay problemas de salud derivados de la violencia, éstos estudios hablan de la posición de enfermería en el mercado laboral y del desarrollo de éste recurso humano y de la situación de la formación de enfermería. Enfermería representa el 60 por ciento de la fuerza laboral del sistema de salud, tiene niveles de formación pero carece de nitidez en el accionar, su mayor empleador es el Estado, la imagen social de la profesión se va deteriorando, los estudios hablan de que el rol de enfermería es diluido por la amplia gama de tareas que lleva a cabo, los profesionales con mayor formación son mal utilizados por ello no hay satisfacción profesional. (Cisneros, 2005)

Hay falta de consenso en lo que son las funciones de enfermería, no se ha logrado autonomía de la profesión. Esto interfiere, según los estudios, en el desarrollo profesional, debido a la baja autoestima que provoca la errónea visión social de la enfermería, la falta de creatividad y la ausencia de liderazgo. Hay disminución del valor social de la profesión y anarquía en la asignación de funciones, por eso para contribuir a aumentar la calidad y productividad de enfermería se debe trabajar en ésta área crítica (Agudelo, 2019)

Sin embargo, fue Europa que trabajó más intensamente el tema con 3 investigaciones encontradas, una de la Universidad de Madrid y dos de la Universidad de Barcelona, hablan específicamente de que las ideas erróneas sobre lo que enfermería hace y es contribuye directamente a los estados depresivos de los enfermeros y la desmotivación para el servicio, por eso es importante que la población tenga una visión real de lo que enfermería es y hace en la actualidad, de que hay diferentes formaciones acorde a la complejidad de las tareas, y de que es un área crítica a trabajar relevante ya que incide de manera directa en la motivación para el ejercicio, en éstas investigaciones se han utilizado instrumentos cuestionarios de escala de opiniones, cerrados, para determinar las diferentes percepciones(Romero, 2019)

A través del estado del arte se conoce del tema, su relevancia social es indiscutible, ya que es un foco de atención a tener en cuenta para trabajar en las áreas críticas pero las percepciones sobre el rol de enfermería se ha construido a través de la historia de enfermería, y esto ha quedado arraigado en las percepciones de la población, todas las tesis analizadas coinciden en que las ideas erróneas sobre lo que enfermería es y hace corresponden a ideas históricamente creadas a ella, y que es necesario que la población actualice la visión que tiene sobre la “enfermera”, hoy “enfermero y enfermera”, con autonomía, con saberes científicos adquiridos, con teorías de las cuales valerse, es indispensable para realzar el rol a lo que realmente es en la actualidad. En la tesis de la Universidad de Madrid se prefiere hablar de percepción errónea y no de percepción negativa del rol. ¿Por qué? La tesis refiere que indicar que una percepción es negativa o positiva es un juicio de valor subjetivo, es decir, pone como ejemplo la premisa “enfermería cambia pañales solamente”, decir que la premisa es negativa es darle una connotación negativa a la acción, es que de hecho, enfermería cambia pañales, en sí la acción no es negativa ni positiva, pero es errónea, porque de hecho enfermería no sólo cambia pañales, enfermería es más que eso. Por eso resulta interesante establecer ese punto de vista, que lo que afecta a enfermería es la percepción errónea sobre el rol, porque cambiar pañales, no es ni negativo ni positivo per se. La tesis de la universidad de Barcelona agrega, además que las diferentes percepciones se han construido a través de la historia, porque de hecho, enfermería en un momento fue el ayudante del médico, enfermería en algún momento fue solamente un hacedor de técnicas que enseñabas los médicos adaptándolos a sus necesidades, y todas estas percepciones que se acarrearán históricamente necesitan actualizarse en el saber cotidiano de una población, de aquí se tomarán las diferentes percepciones, Ambas tesis, de la universidad de Madrid y Barcelona, fueron analizadas de la fuente secundaria que recopilan Cáceres y Romero. (Romero, 2019)

Actualizar hacia una percepción actual de enfermería es lo que se pretenderá lograr en el presente trabajo. Hasta aquí se planteó lo que se conoce del tema, los marcos conceptuales que se utilizarán, se analizaron investigaciones realizadas, es decir, se ha avanzado en el estado del arte. Ambas tesis coinciden en que hay dos poblaciones a estudiar, la comunidad que dará cuenta de las diferentes percepciones arraigadas, y la dotación de enfermería que dará cuenta de la presencia o no de síntomas de estrés. Es que a nadie le gusta que piensen que uno hace lo que no hace, o que es lo que no es, que de hecho enfermería hoy se encuadra en teorías, en ciencia, en argumentos, la

percepción deteriorada de enfermería se relaciona, inevitablemente, a la insatisfacción profesional, a estrés y es relevante actuar, se utilizó escala Likert de opinión, que será tomada para el presente trabajo. Es de relevancia social que se cuide a quien cuida, que se actualice la percepción sobre el rol de enfermería, que se sepa que enfermería ha evolucionado y hoy en día es más que higienes, es indispensable esta actualización para disminuir el estrés entre los enfermeros, que aumente la satisfacción profesional y aumentar la calidad de la atención. La visión tradicional se encuentra presente en la sociedad de nuestro país, donde tanto en el colectivo social como dentro de las instituciones sanitarias, el enfermero se considera supeditado al médico al realizar las tareas que éste le asigna, teniendo en cuenta solo las cuestiones técnicas y no la dimensión humana de la profesión, la cual es además, la faceta más valorada por los pacientes. (Agudelo, 2019)

Entre los países que más valoran la Enfermería se encuentran Finlandia, Dinamarca, Alemania o Reino Unido, donde actualmente existe una demanda importante de enfermeras con motivo de su ratio por habitante. A pesar de que las limitaciones de las enfermeras en España son claras (España 508 enfermeras/ 100.000 habitantes, Europa 811 enfermeras / 100.000 habitantes), estos países reconocen que «la Enfermería española es de primerísimo nivel y está mucho más avanzada que en otros países. Además, en estos países la visión que la sociedad tiene de la Enfermería es mucho más completa y profesional, teniendo presente la multiplicidad de tareas que realizan estos profesionales de la salud y, por tanto, se considera que como país se valora esta profesión más que en otros. (Santamira, Carina, 2015)

La sociedad percibe la Enfermería como una profesión poco visible y no nos reconoce plenamente con un campo competencial propio. La imagen pública de las enfermeras continúa percibiéndose a través de estereotipos. La Enfermería la ejercen mayoritariamente mujeres y tradicionalmente junto a los médicos. La sociedad interpreta de muchas formas la Enfermería actual. (Romero, 2019)

Así pues, se analizan las variables para poder entender qué es lo que provoca estas consideraciones tan opuestas y en ocasiones contradictorias, sobre la Enfermería dentro de una misma cultura occidental. En el caso de España queda claro que la visión de la Enfermería se muestra distorsionada por el gran peso que aun tiene la visión tradicional de ésta, que comúnmente, tiende a comparar los profesionales de la Enfermería con los

de la medicina, considerando a los primeros subordinados de los segundos.(Oviedo, 2018)

Es trabajo de todas las enfermeras y enfermeros explicar a la sociedad nuestro ámbito competencial y nuestro hacer diario. Realizamos una actividad independiente a la del médico y con suficiente autonomía sobre el cuidado de los pacientes. Tenemos que definir entre todos lo que somos, lo que queremos ser y transmitirlo a la sociedad.(Romero, 2019)

La mayor parte de los países, presentan una transformación acelerada del perfil demográfico, que tiende a una estructura similar a la que actualmente presentan los países considerados desarrollados. En los próximos años América Latina contará con un amplio grupo de población en edad productiva y reproductiva (15 a 45 años). En última instancia los cambios demográficos se reflejan el envejecimiento de la población y en el aumento de la demanda de servicios para atender enfermedades crónicas y degenerativas. A estas transformaciones demográficas deben agregarse aquellas derivadas de las migraciones dentro de los países y a través de las fronteras(Agudelo, 2019).

La evolución tecnológica ha impuesto retos adicionales al sector salud. La disponibilidad de tecnología de punta induce la demanda en el sector público y privado con la consecuente alza de los costos de la atención. La sistematización de la información impone retos a la capacitación del personal, y a la incorporación y renovación tecnológica en los servicios de salud. El uso de la biotecnología, la importancia que ha adquirido la genética y el uso de la concepción asistida, son algunos ejemplos de la aplicación de la tecnología en salud actualmente. Así como también el uso de las telecomunicaciones en el diagnóstico, tratamiento y en educación en salud. Económico: Caracterizado por la globalización de la economía en el marco de la política de libre mercado, la privatización de las funciones del Estado y el progresivo desentendimiento de su responsabilidad social (salud, educación, seguridad), además del cambio en las relaciones sociales hacia la mercantilización de las relaciones cotidianas, el progresivo aumento del desarrollo no sustentable asociado principalmente a la alteración del medio ambiente. Estos cambios mencionados tienen una fuerte influencia sobre la salud y la calidad de vida de los colectivos humanos. Las transformaciones económicas recientes de los países de América Latina están influidas por la política neoliberal que ha asignado nuevos roles a los actores públicos y privados. Progresivamente al Estado se le asigna un papel más

importante en la rectoría y regulación de las instituciones, pero bastante más modesto en la provisión de los servicios públicos. Esto ha causado, junto a la crisis económica de la década pasada, una restricción de los recursos financieros dedicados al sector público con la consecuente precarización de las condiciones de empleo. La política neoliberal favorece la concentración del ingreso en los distintos países. El número de familias que viven por debajo de la línea de pobreza ha aumentado, y con ello se han incrementado los problemas de salud propios de los grupos económicamente postergados. Los diferentes países, han sido afectados por la globalización de la economía que implica, no solamente el paso de fábricas y operarios a través de las fronteras, sino también el incremento del mercado internacional de bienes y servicios de salud, y la migración de proveedores y pacientes de un país a otro. Político: La década de los noventa trajo consigo la virtual desaparición de los regímenes dictatoriales de la mayor parte de los países de América Latina. Esto ha promovido una mayor participación ciudadana en las decisiones públicas, que excede la participación formal y esporádica en las elecciones de las autoridades de los poderes del Estado. Se observa una tendencia a la disminución del poder político y al incremento del poder económico; las decisiones políticas, cada vez más, están condicionadas por factores económicos, y el sector salud no cuenta, con frecuencia, con las herramientas para negociar con las autoridades que asignan los recursos financieros. Legal: Los referidos factores económicos y políticos han traído consigo modificaciones en el marco legal nacional y transnacional. En varios de los países se ha modificado la normativa que regula la prestación de los servicios de salud. Además, la descentralización de la administración pública ha demandado la modificación del marco legal para respaldar, dentro de otras cosas, la selección, capacitación, promoción y remoción descentralizada del personal. La apertura de los mercados nacionales a economías globalizadas tiene como consecuencia la necesidad de elaborar legislación a escala internacional que regule el paso a través de las fronteras de usuarios de servicios de salud, y de bienes y servicios. Medio ambiental: Una de las amenazas más serias a la salud de la población la constituye el deterioro ambiental producto del uso desmesurado e irracional de los recursos naturales.

La contaminación ambiental es causa directa de daños a la salud, y el uso no planificado de recursos como la tierra ha disminuido los medios de subsistencia de los grupos sociales más pobres. Epidemiológico: Según los ideólogos, uno de los factores influyentes en el origen del movimiento de transformación de los servicios de salud es el rápido cambio en el perfil epidemiológico de los países de América Latina. En la mayoría,

las enfermedades infectocontagiosas coexisten con las crónico degenerativas como principal causa de enfermedad y muerte, además de las derivadas de la violencia que en el caso de Colombia ocupan el primer lugar en causas de mortalidad. (Agudelo, 2019)

El problema de salud mental es dramático, un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Harvard en 1997, reportó que el 8.1% de las enfermedades en el mundo corresponde a trastornos mentales y de ellas el 34% se relacionan con problemas del comportamiento humano: violencia, alcoholismo, tabaquismo y enfermedades de transmisión sexual La práctica, la regulación, la educación y la disciplina de enfermería La situación de enfermería en América Latina puede abordarse de diferentes maneras. Una de ellas es mirarla desde tres dimensiones: Por un lado la posición que la enfermería ha ido construyendo en el mercado laboral, que refleja en términos del desarrollo del recurso humano, cómo ha sido la utilización del personal en los diversos escenarios de desempeño y para cada una de las categorías existentes. Por otro, es necesario caracterizar históricamente las estrategias de planificación de este personal en los distintos países de la región y, como tercera dimensión, se requiere mirar la situación de la formación de enfermería en cada uno de los países. La práctica de la enfermería: "Enfermería representa 50 a 60% de la fuerza laboral del sistema de salud, concentra el mayor porcentaje de costos fijos en los presupuestos de salud y participa activamente en la entrega de cuidados directos e indirectos a personas, familias y a la comunidad" .(Agudelo, 2019)

La práctica se refiere al ejercicio de la profesión en el mercado de trabajo. El trabajo en enfermería está estructurado con base en niveles de formación diversos en un mismo país y por títulos variables entre países; pero carece de nitidez en los límites de las acciones desarrolladas por cada categoría ocupacional. El predominio de mujeres en su composición, en un mundo donde el poder es masculino, ha construido una cultura de trabajo remedo de la familia, donde la autoridad paterna se atribuye al médico y el rol de madre sumisa y obediente a la enfermera. Es una práctica sometida a las condiciones del mercado de trabajo, es decir, a las relaciones entre oferta y demanda de profesionales calificados; el Estado había sido su mayor empleador hasta los recientes procesos de reforma sectorial. Al profesional de enfermería se le responsabiliza de la organización, distribución y control del trabajo del equipo de enfermería, y se espera que desarrolle relaciones de complementariedad entre su práctica y el conjunto de prácticas asistenciales en salud, para garantizar la integralidad de la atención. La historicidad del

proceso de división del trabajo en enfermería, muestra una realidad diferente de las aspiraciones de las corrientes que la idealizan, tanto en su función social de cuidar, como en la administración y gestión del cuidado. Por historicidad del proceso de trabajo se entiende las transformaciones que ocurren tanto en el objeto y finalidad del proceso, como en las actividades desempeñadas por los sujetos encargados de una labor determinada y, sobre todo, en el cuerpo de conocimientos que preside el proceso. (Agudelo, 2019)

El trabajo en Enfermería Está estructurado con base en niveles de formación diversos en un mismo país y por títulos variables entre países: pero carece de nitidez en los límites de las acciones desarrolladas por cada categoría ocupacional. En la mayoría de los países el personal de enfermería está constituido por tres o más categorías de personal; y persiste en algunos países grupos ocupacionales empíricos. Esta heterogeneidad conlleva poca claridad en la delimitación de funciones, e interfiere en el costo eficacia del cuidado de enfermería y es causa del deterioro en el posicionamiento e imagen social del grupo profesional. Enfermería es una práctica sometida a las condiciones del mercado de trabajo, es decir, a las relaciones entre oferta y demanda de profesionales calificado; el Estado había sido su mayor empleador hasta los recientes procesos de reforma sectorial que generan movilidad hacia las instituciones privadas.

Todo esto requiere de un gran esfuerzo investigativo. Hoy no es suficiente con aceptar que el cuidado es el objeto de la disciplina y de la praxis en enfermería. Es preciso asumir una nueva manera de contextualizar y conceptualizar el cuidado para ejercerlo profesionalmente. Esto significa, modificar substancialmente nuestra manera de pensar, de ser y de hacer enfermería. Para ser profesionales autónomos, responsables de nuestros actos, con una praxis fundamentada tanto en evidencias científicas como en la sensibilidad y la creatividad, comprometida con la construcción de condiciones de vida favorables a los pueblos latinoamericanos, por lo tanto actores políticos. Demanda comprender el significado de las necesidades de bienestar de los colectivos sociales y de sus satisfactores, conocer las transformaciones que están sucediendo en su perfil demográfico y epidemiológico y en los sistemas y servicios de salud, para diseñar modelos de atención de enfermería fundamentados en un serio trabajo investigativo , en la sistematización y socialización de nuestras experiencias como comunidad científica, para desarrollar la disciplina y cualificar el servicio que ofrecemos. Objetivos de una política de desarrollo de la Enfermería para América Latina Contribuir a: 1. Incrementar

la calidad y la productividad del personal de enfermería en los servicios de salud. 2. Orientar la formación en los diferentes niveles, necesidades presentes y futuras que reúna los requisitos de calidad académica, pertinencia con los problemas y necesidades del sector y relevancia social. 3. Garantizar la gobernabilidad del sector mediante la prevención y gestión de los conflictos laborales. 4. Reformar los marcos regulatorios tanto de la formación, como del ejercicio profesional y del mercado de trabajo. 5. Mejorar la disponibilidad, distribución y flujo de personal profesional, técnico y auxiliar de enfermería en la región, en los países y en las instituciones. 6. Establecer sistemas de certificación, recertificación y estímulos que apoyen los procesos de cualificación académica y de la prestación de los servicios y la productividad del personal de enfermería. 7. Apoyar los procesos de acreditación de los programas académicos y orientar hacia la adopción de un currículo mínimo para la formación de pregrado en enfermería en la región de las Américas, en respuesta a las demandas del proceso de globalización y para facilitar procesos de acreditación de programas, certificación profesional y movilidad del personal. 8. Orientar la política de ciencia y tecnología en enfermería hacia el fomento y apoyo de grupos y redes de investigadores para la generación de conocimientos y de evidencias que elevan la calidad del cuidado y del servicio de enfermería. Las áreas críticas, que se identifican, orientan algunos focos de atención: 1. Para garantizar eficiencia y bajo riesgo en la atención en salud y en enfermería, es necesario a) diseñar mecanismos de acreditación de las instituciones de salud, donde se establezcan, entre otros: criterios mínimos de dotación de personal de enfermería, en la cantidad y calidad; b) vigilar las condiciones de trabajo del personal de enfermería c) Diseñar planes de educación permanente, es decir, educación en el trabajo y por el trabajo d) diseñar y adoptar protocolos y guías de intervención en enfermería y e) establecer programas de monitoreo de la calidad en la atención de enfermería. 2. Con base en datos actuales y prospectivos de discapacidades, demencias, cronicidad de muchas patologías y prevalencia de enfermedades degenerativas será necesario propiciar la creación de sistemas de seguros que paguen por los servicios que presta el personal de enfermería en: cuidados domiciliarios, ambulatorios, cuidados paliativos, albergues de día y apoyo a cuidadores familiares 3. Diseñar nuevos puestos de trabajo y evaluar los actuales mediante la participación de enfermería en proyectos de planeación estratégica y desarrollo organizacional; para asumir competencias nuevas. 4. Cerrar el abanico de categorías de enfermería que complejizan las funciones y la gestión de personal y en muchos casos ponen en riesgo la calidad de la asistencia. 5. Delimitar

funciones por medio de proceso concertados y de una regulación profesional clara. 6. Introducir estímulos a la productividad, a la calidad del trabajo y al desempeño en zonas de riesgo, así como sistemas de escalafón según méritos y ejecutorias. 7. Establecer sistemas de mejoramiento de la calidad del cuidado de enfermería, la cultura de trabajar con base en evidencias o utilizando estándares, protocolos y guías de intervención rigurosamente diseñadas. 8. Fomentar el trabajo inter disciplinario e interinstitucional en particular en el campo de la prevención de enfermedades y de promoción de la salud. 9. Establecer sistemas de monitoreo y de mejoramiento de las condiciones de trabajo, para reducir riesgos, facilitar procesos y elevar la calidad de los servicios. 10. Establecer sistemas de información nacionales y regionales sobre el recurso humano de enfermería, de tal manera que permitan monitorear la oferta y demanda y favorezcan la toma de decisiones. 11. Proponer currículos mínimos para la formación de pregrado, que orienten los proceso de acreditación de programas, de registro y certificación profesional . 12. Las áreas geopolíticas (municipios, distritos) deben contar en su equipo de trabajo al menos con un profesional y dos auxiliares de enfermería para apoyar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el área de desarrollo social.(Agudelo, 2019)

Asimismo, es interesante señalar, que las diferentes visiones de enfermería han cambiado a lo largo de la historia a medida que sus fundamentos teóricos han avanzado, por eso es importante dar un panorama general contemporáneo sobre la situación de enfermería, aún arraigada al paradigma biologicista, que lleva a una percepción antigua de lo que es el rol de la enfermería y desatinada a la instancia por la que enfermería hoy atraviesa y que éstas percepciones equivocadas sobre lo que enfermería es hoy en día, contribuyen al aumento del estrés en el personal.(vargas, 2016)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el estrés es una epidemia que se ve afectado el mundo entero en la actualidad, en un estudio reciente en EE. UU, más del 50% de las personas consideraron que ésta afectó negativamente la productividad laboral.

Entre 1983 y 2020 los niveles de estrés aumentaron entre un 10% y un 30% entre todos los grupos demográficos en los Estados Unidos. Así, varía dependiendo de la persona, de su vulnerabilidad y paciencia, y se desencadena según las diferentes actividades. La

gravedad del estrés dependerá de la magnitud de las demandas que se están realizando y del sentido de control del individuo.(Organización mundial de la salud, 2020)

Problema de Investigación:

¿Qué relación existe entre la percepción sobre el rol de enfermería que tiene la población que asiste a la institución en una institución pública y la presencia de síntomas de estrés en los enfermeros y las enfermeras, según antigüedad en el servicio de una institución pública de salud en la ciudad de Rosario en el año 2021?

Hipótesis:

- Una percepción favorable de la población sobre el rol de enfermería disminuye la presencia de síntomas de estrés en los enfermeros y enfermeras de una institución pública.
- A mayor antigüedad en el servicio mayor predisposición a que la percepción errónea sobre el rol de enfermería aumente la presencia de síntomas de estrés en los enfermeros y enfermeras.

Objetivo General

Analizar la relación que existe entre la percepción sobre el rol de enfermería que tiene la población que asiste a la institución en una institución pública y la presencia de síntomas de estrés en los enfermeros y las enfermeras, según antigüedad en el servicio de una institución pública de salud en la ciudad de Rosario en el año 2021

Objetivos específicos:

- Conocer la percepción que se tiene sobre el rol de enfermería de la comunidad que accede a ese servicio (pacientes y familiares)
- Conocer la antigüedad de los enfermeros y enfermeras en la institución pública
- Identificar la presencia de síntomas de estrés de los enfermeros

El propósito: Se propone realizar charlas informativas a la comunidad con la finalidad de otorgar información suficiente sobre el rol actual de enfermería. Es de relevancia social que la comunidad cuente con una percepción actual sobre la profesión de enfermería,

para ello se propone educación, tanto a los profesionales como a la comunidad, charlas informativas para otorgar herramientas suficientes para que la comunidad construya una percepción sobre lo que enfermería es y hace.

**Marco teórico:**

El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen

modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. (Serge Moscovici, 2015)

La definición de representación social ha sido un aspecto controvertido dentro de este campo de estudios. Primero habría que empezar preguntándose: ¿qué se entiende por representación comúnmente? En el teatro, para circunscribirse a un ejemplo particular, representar implica una sustitución aparente, poner algo en el lugar de otra cosa. Esta metáfora no es casual: una representación puede referirse lo mismo a objetos ideales que a reales, tanto ausentes como presentes. En el acto de representación siempre se relaciona un sujeto (grupal e individual) con un objeto determinado. Representar es, en el sentido estricto de la palabra, volver a presentar, o sea, re-producir, que no reproducir, un objeto cualquiera mediante un mecanismo alegórico. Esta reproducción siempre es subjetiva en última instancia. “En la representación tenemos el contenido mental concreto de un acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano. Particularidad importante que garantiza a la representación su aptitud para fusionar percepto y concepto y su carácter de imagen. (Serge Moscovici, 2015)

En todo caso, la representación siempre es portadora de un significado asociado que le es inherente. Al ser formulada por sujetos sociales, no se trata de una simple reproducción sino de una complicada construcción en la cual tiene un peso importante, además del propio objeto, el carácter activo y creador de cada individuo, el grupo al que pertenece y las constricciones y habilitaciones que lo rodean. (Serge Moscovici, 2015)

Sería imperdonable caer en el error de considerar que las representaciones son un mero espejo mental del mundo exterior. Existe una tendencia a considerar que las representaciones sociales son reflejo interior de algo exterior, la capa superficial y efímera de algo más profundo y permanente. Mientras que todo apunta a ver en ellas un factor constitutivo de la realidad social, al igual que las partículas y los campos invisibles son un factor constitutivo de la realidad física. La representación constituye un concepto marco e híbrido a la vez en un campo de estudios, la psicología social que, de hecho, ha sido construido desde la interdisciplinariedad. La teoría de las representaciones, al integrar en un corpus coherente nociones de variada procedencia teórico-metodológica,

con aportes de la sociología, la psicología, la antropología, entre otras, se caracteriza por su síntesis, riqueza, potencial heurístico y flexibilidad.(Serge Moscovici, 2015)

Lo anterior, sin embargo, también ha sido su debilidad más notable, pues la complejidad de la representación y su naturaleza molar ha contribuido a disminuir su operatividad empírica. En ese sentido, las representaciones guardan un vínculo muy cercano con conceptos como los de mediación y cultura, que se resisten a ser desarticulados en la investigación de acuerdo con los cánones del positivismo.Lo primero que distingue a cualquier definición de representación social sin importar su procedencia es el abandono fáctico de la distinción clásica behaviorista entre estímulo y respuesta y, más aún, entre sujeto y objeto. La teoría de las representaciones plantea que no hay distinción alguna entre los universos externo e interno, entiéndase objetivo y subjetivo, tanto en el caso de los individuos como en los grupos a los cuales estos pertenecen. “El sujeto y el objeto no son fundamentalmente distintos.(Serge Moscovici, 2015)

Los objetos están inscritos en contextos activos, estructurados, al menos en parte, por la persona o el grupo en cuestión como prolongación de sus visiones particulares y de sus prácticas cotidianas. Para la teoría de las representaciones el estímulo y la respuesta son factores indisociables: he ahí su primer logro inicial allá por 1961, en medio de un panorama dominado por el conductismo.(Serge Moscovici, 2015)

La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersecan lo psicológico y lo social. Antes que nada concierne a la manera los sujetos sociales, apprehenden los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas del entorno próximo o lejano. En pocas palabras, el conocimiento «espontáneo», «ingenuo» que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que se reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un conocimiento socialmente elaborado y compartido. En otros términos, se trata de un conocimiento práctico. Esta insistencia por rescatar las creencias de la gente y por revalorizar sus teorías del mundo más allá de lo que suponen los cánones academicistas es una ganancia de primer orden

para las ciencias sociales en su esfuerzo por descender del pedestal, del distanciamiento positivista, y llegar a las masas.(Riviere, edición 2018)

Las representaciones implican mecanismos de analogía respecto al objeto según la focalización y el punto de vista de los individuos así como la posición del grupo al cual estos pertenecen. En sí, “toda representación es un sesgo de cada sujeto.”(Riviere, Pichon, ed 2015)

Para Moscovici, una representación social es “una modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.” (Serge Moscovici, 2015)

Las representaciones son una forma de pensamiento natural informal, un tipo de saber empírico, que además se articula al interior de los grupos con una utilidad práctica, en esencia como una guía para la acción social de los sujetos, es decir, como un saber finalizado, son percepciones empíricas y sociales sobre el mundo exterior, incluido los sujetos y sus roles.(Serge Moscovici, 2015)

Dentro de la psicología social contemporánea ha tomado auge en los últimos años una teoría que aparece como un intento de superación a los modelos conductistas y al enfoque positivista de la ciencia psicológica. Aunque ha sido sometida a grandes críticas, la Teoría de las representaciones sociales ha ganado seguidores que dedican su valioso tiempo a la investigación en este campo de la Psicología.

Resulta interesante ahondar en el estudio de uno de los modelos más recientes en psicología social, que al decir de su principal exponente Serge Moscovici, es fácil captar las representaciones sociales más no su concepto. Es por ello, que se pretende ahondar en el concepto de Las representaciones sociales.

Se esbozan algunas notas referidas a la metodología de trabajo sobre la que se sustenta la teoría y que sirven de base para el estudio de diversos objetos sociales. Se considera una introducción para todos aquellos interesados en la investigación de las representaciones sociales, así como para quienes resulta un modelo de necesaria consulta dentro de la investigación en el campo de las ciencias sociales.

La representación social es uno de los tópicos que más ha suscitado polémicas en los últimos años en el campo de la Psicología Social. Seguidores y detractores han dedicado un valioso tiempo a su estudio, por lo cual se han multiplicado las investigaciones desde y sobre sus principios.

Fue precisamente en los inicios de la década del sesenta del siglo pasado cuando sale a la luz pública esta teoría que estaba dirigida a las personas preocupadas por entender la naturaleza del pensamiento social. Exactamente fue en París, en 1961 que su autor, Serge Moscovici presenta su Tesis Doctoral titulada “La Psychoanalyse son image et son public” (“El Psicoanálisis, su imagen y su público”) como culminación de años de estudios teóricos y empíricos. En ella, estudió la manera en que la sociedad francesa veía el Psicoanálisis, a través del análisis de la prensa y entrevistas a diferentes grupos sociales.

Los psicólogos sociales de entonces se limitaban a describir categorías individuales sin explicar la constitución social de las conductas. Además, consideraban que lo social era un mero “valor añadido” a los mecanismos psicológicos de naturaleza particular. Por ello, tuvieron que transcurrir diez años para que esta teoría comenzara a ganar seguidores, llegando a ser, años más tarde, una de las obras más citadas en la bibliografía psicosocial europea.

Según Tomás Ibáñez (1988), la pobre aceptación de la teoría se debía a la profunda influencia de la corriente conductista que reconocía el comportamiento manifiesto como único objeto de estudio y subestimaba otras explicaciones apoyadas en elaboraciones subjetivas. Otras razones que también apunta Ibáñez son el privilegio otorgado en los estudios a los procesos individuales, que subestimaban lo grupal; la imagen existente en los Estados Unidos sobre los estudios europeos y en particular franceses, signados de verbalistas y especulativos, valoración también trasladada a los estudios de Moscovici.

La reducción del concepto de representación social al de actitud, hecho que puede ser explicado a través de uno de los mecanismos propuestos por Moscovici mediante el cual los nuevos conocimientos se asimilan a través de la reducción a esquemas o referentes conocidos. De modo tal que para muchos la representación no era más que un nuevo modo de conceptualizar la actitud.

La evolución de la Psicología Social ha transcurrido por etapas asociadas a conceptos precisos como actitudes, cogniciones sociales y representaciones sociales, que han dejado profundas huellas en el devenir histórico de la disciplina y de la teoría planteada

particularmente. Por ello, ubicar sus antecedentes es una tarea bastante compleja puesto que varias corrientes y escuelas en Psicología y de otras Ciencias Sociales son reconocidas en estrecho vínculo con ella.

La propuesta moscoviciana de reintroducir la dimensión social en la investigación psicológica tiene sus antecedentes en los trabajos de William Thomas y Florian Znaniecki (1918) sobre el campesino polaco. En ellos se propone una concepción más social de las actitudes, considerándolas procesos mentales que determinan las respuestas de los individuos hacia fenómenos de carácter social: los valores. También pueden encontrarse en esta línea los trabajos de Jahoda, Lazarsfeld y Zeisel (1933) con desempleados de una comunidad austriaca.

Estos trabajos tienen en común el tratar de explicar el comportamiento por creencias de origen social que son compartidas por los grupos, estableciendo relaciones de interacción e interdependencia entre la estructura social y cultural y los aspectos mentales. Así, mediante el concepto de actitud era posible captar la expresión subjetiva de los cambios sociales. Debido a esto, se han originado muchos debates en torno a las semejanzas y diferencias entre representaciones sociales y actitudes que perduran hasta la actualidad.

Un hito en el camino que conduce a investigaciones actuales sobre cognición social y representaciones sociales lo marcó el psicólogo Fritz Heider, quien dio explicación al enorme y complejo sistema de conocimientos psicológicos de sentido común que utilizan las personas en su vida diaria, tanto para explicarse a sí mismas sus conductas como para entender las de los otros, y por ende, sus comportamientos, fenómeno que denominó “psicología ingenua”. Al respecto, en uno de sus planteamientos refería:

*“...De acuerdo con la psicología ingenua, la gente tiene un conocimiento de su entorno y de los sucesos que ocurren en él, logran este conocimiento a través de la percepción y otros procesos, se ven afectados por su ambiente personal e impersonal... permanecen en relación de unidad con otras entidades y son responsables de acuerdo con ciertas normas. Todas estas características determinan el papel que la otra persona juega en nuestro espacio vital y como reaccionamos ante ellas...”* (Heider, 1958, citado por Perera, M., 2005, p. 34)

Heider estaba en lo cierto, la realidad llega es a través de su interpretación que se es capaz de descifrarla. Por consiguiente, los significados que se le atribuye son los que van a constituirla como única e individual, y es esa la que tiene determinados efectos. Teniendo en cuenta esta consideración, cobraría enorme valor la afirmación que

apuntara el sociólogo W. I. Thomas cuando decía que “... *las situaciones son efectivamente reales si se las percibe como tales.*” (Thomas y Thomas, 1928, citado por Ibáñez, T., 1988)

En este devenir histórico de la Teoría de las Representaciones Sociales es de gran relevancia la influencia del sociólogo francés Emile Durkheim, quien desde la Sociología propuso el concepto de Representación Colectiva referido a “... la forma en que el grupo piensa en relación con los objetos que lo afectan...” (Durkheim, 1895/1976, citado por Perera, M., 2005, p. 26); las considera hechos sociales de carácter simbólico, producto de la asociación de las mentes de los individuos.

... “*Los hechos sociales no difieren sólo en calidad de los hechos psíquicos; tienen otro sustrato, no evolucionan en el mismo medio ni dependen de las mismas condiciones. Esto no significa que no sean también psíquicos de alguna manera, ya que todos consisten en formas de pensar o actuar. Pero los estados de la conciencia colectiva son de naturaleza distinta que los estados de conciencia individual; son representaciones de otro tipo: tiene sus leyes propias...*” (Durkheim, 1895/1976, citado por Perera, M., 2005, p. 28)

En su teoría de las dos conciencias (individual y colectiva), Durkheim suponía que los miembros de las colectividades compartían de manera inconsciente modelos que asimilaban, reproducían y propagaban a otros a través de la educación, como formas de comportamiento. Al respecto Moscovici señala que la propuesta durkheimniana era rígida y estática en comparación con la que él apuntaba y planteaba que esto era propio de la sociedad donde se había desarrollado este sociólogo. Con relación a esto Moscovici decía:

... “*En el sentido clásico, las representaciones colectivas son un mecanismo explicativo, y se refieren a una clase general de ideas o creencias (ciencia, mito, religión, etc.), para nosotros son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados. Fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar - manera que crea la realidad y el sentido común -. Es para enfatizar esta distinción que utilizo el término “social” en vez de “colectivo...”* (Moscovici, 1984, citado por Perera, M., 1999, p. 5).

A criterio de Tomás Ibáñez, las representaciones colectivas “...*son producciones mentales que trascienden a los individuos particulares y que forman parte del bagaje cultural de una sociedad. Es en ellas como se forman las representaciones individuales*

*que no son sino su expresión particularizada y adaptada a las características de cada individuo concreto...*” (Ibáñez, T., 1988, p. 19).

Si bien es cierto que Durkheim no fue el primero en señalar el factor social como determinante del pensamiento y acción del hombre, como se había explicitado con anterioridad, es indiscutible que sentó las bases para una concepción de la mente humana como un producto de la historia y la cultura. Por ello Moscovici reconoce estas ideas como uno de los precedentes más significativos de su propuesta.

Otro de los antecedentes que encontramos a principios del siglo XX son los estudios de Tarde (1901), quien ayudó a desentrañar los mecanismos de funcionamiento y modos de elaboración de la teoría de las representaciones sociales, aunque en contraposición a Durkheim, definió el papel del individuo y de las conciencias individuales como cimientos de toda la vida en sociedad.

Otras escuelas como la Psicología Evolutiva Piagetiana se han nutrido también de esta teoría. Lo relacionado con la noción o esquema social operatorio susceptible de actuar ante objetos reales o simbólicos, los estados de la inteligencia, la representación del mundo en el niño, entre otros, son puntos de vista de Piaget que de algún modo tienen huellas en la noción de representación social. Asimismo, las nociones de asimilación y acomodación le aportaron elementos a Moscovici para explicar el proceso de formación y funcionamiento de una representación social.

Por su parte, de la vasta obra de Sigmund Freud también se ha nutrido la teoría de las representaciones sociales. Una de las ideas que dan cuenta de ello se encuentra recogida en “Psicología de las masas y análisis del yo” (1921) al plantear Freud el carácter social de la psicología individual como una característica constituyente de la vida humana.

Se encuentran además otros antecedentes en la escuela del Cognitivism Social, siendo sus principales representantes Bartlett, Ash y Bruner, quienes van a profundizar en los procesos cognitivos, en la representación para abordar los sesgos y en los errores de los contenidos frente a la realidad.

Otros autores como Berger y Luckman (1967), conciben el conocimiento de la realidad como construcción social en el ámbito subjetivo. Ellos intentan descubrir la relación entre la representación y el objeto que la origina, así como su surgimiento y evolución a través de la comunicación. Sus aportes fundamentales que han pasado a formar parte de los cimientos de la teoría son el conocimiento en la vida cotidiana tiene un carácter generativo y constructivo: nuestro conocimiento es producido inmanentemente en

relación con los objetos sociales que conocemos. La naturaleza de esta generación y construcción es social: pasa por la comunicación y la interacción entre los sujetos, grupos e instituciones. El lenguaje y la comunicación son mecanismos que se transmiten y que crean la realidad: tiene además gran importancia puesto que son el marco en que esta adquiere su sentido.

A pesar de las limitaciones presentadas en el desarrollo de la teoría, podemos decir que a partir de la década del 70 se abre un nuevo período en la historia de la Teoría de las Representaciones Sociales. Comenzaron a utilizarse los presupuestos moscovicianos en Europa y otras partes del mundo, realizándose numerosos trabajos basados en dicho modelo. En el año 1972 Herzlich y Denise Jodelet, seguidores de Moscovici, sintetizan los principios fundamentales de la teoría y posteriormente Jodelet, tras un estudio de la categoría, reelabora el concepto. Ya para 1979 se celebra en París el Primer Congreso Internacional sobre la Teoría de las Representaciones Sociales. Otros estudios son realizados por autores como Tomás Ibáñez, Darío Páez, María Auxiliadora Banchs, Alicia Mouchietti, entre otros.

Específicamente se puede encontrar numerosos investigadores tales como Norma Vasallo, Maricela Perera, María de los Ángeles Tovar, Armando Alonso, Elisa Knapp, Irene Smith, entre otros, quienes han abordado en sus estudios objetos como el alcoholismo, el SIDA, la salud, el trabajo, el negro, el dirigente, el delito, entre muchos otros.

“Representación Social” es un término que se encuentra actualmente en diversas investigaciones dentro del campo de las Ciencias Sociales. Hasta el momento ni en la primera obra de Moscovici se evidencia una definición acabada sobre este fenómeno. Al respecto el propio Moscovici expresó: “... *si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, no es nada fácil captar el concepto...*” (Moscovici, 1976, referido por Perera, M., 1999, p. 7). Desde su origen ha surgido de elementos sociológicos como la cultura y la ideología así como de elementos psicológicos como la imagen y el pensamiento, por lo cual su ubicación será entre dos grandes ciencias, la Psicología y la Sociología.

Este concepto aparece por primera vez en la obra de Moscovici (1961) donde expone: “... *La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o*

*en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación... son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo. Es una organización de imágenes y de lenguaje. Toda representación social está compuesta de figuras y expresiones socializadas. Es una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en comunes. Implica un reentramado de las estructuras, un remodelado de los elementos, una verdadera reconstrucción de lo dado en el contexto de los valores, las nociones y las reglas, que en lo sucesivo, se solidariza. Una representación social, habla, muestra, comunica, produce determinados comportamientos. Un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones referentes a puntos particulares, emitidos en una u otra parte, durante una encuesta o una conversación, por el “coro” colectivo, del cual cada uno quiéralo o no forma parte. Estas proposiciones, reacciones o evaluaciones están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos existen. Cada universo tiene tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de la representación...” (Moscovici, M., 2005, p. 43)*

Años más tarde el propio autor afirmaba:

*“...Representación social es un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común... constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común, ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento, una forma que crea realidades y sentido común. Un sistema de valores, de nociones y de prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permite, no solamente la estabilización del marco de vida de los individuos y de los grupos, sino que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas...” (Moscovici, 1988, p. 44)*

Teniendo en cuenta las ideas de Moscovici, la representación social concierne a un conocimiento de sentido común, que debe ser flexible, y ocupa una posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido de lo real y la imagen que la persona

reelabora para sí. Es considerada además proceso y producto de construcción de la realidad de grupos e individuos en un contexto histórico social determinado.

Una propuesta bien aceptada y fiel a las ideas planteadas por Moscovici la encontramos en las elaboraciones de Denise Jodelet (1984) quien plantea que la noción de representación social concierne a la manera en que nosotros, sujetos sociales aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. El conocimiento espontáneo, ingenuo o de sentido común por oposición al pensamiento científico. El conocimiento socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de nuestras experiencias y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. Conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común a un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida.

Son a un mismo tiempo producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad. Son pensamiento constitutivo y constituyente.

En 1986, Jodelet incorpora nuevos elementos a su definición refiriendo que son “... *imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver... formas de conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual...*”. (Perera, M, 1999, p. 9).

Recientemente, ha apuntado que

*“Las representaciones sociales conciernen al conocimiento de sentido común que se pone a disposición en la experiencia cotidiana; son programas de percepción, construcciones con status de teoría ingenua, que sirven de guía para la acción e instrumento de lectura de la realidad; sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las relaciones sociales; que expresan la relación que los individuos y los grupos mantienen con el mundo y los otros; que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan en el espacio público; que están inscritas en el lenguaje y en las prácticas; y que funcionan como un lenguaje en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar lo compone el universo de la vida.”* (Perera, M., 2005, p. 47)

Otros autores seguidores de la teoría enfatizan en la importancia de la cultura y la pertenencia a determinados grupos sociales, como es el caso de Carugati y Palmanori al plantear que *“... las representaciones sociales son un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones sobre puntos particulares, emitidos por el “coro colectivo” de aquí o allí, durante una charla o conversación. “Coro colectivo” del que se quiera o no cada uno forma parte. Se podría hablar de “opinión pública”, pero de hecho estas proposiciones, reacciones, evaluaciones se organizan de modo muy distinto según las culturas, las clases y los grupos en el interior de cada cultura. Se trata pues de universos de opiniones bien organizados y compartidas por categorías o grupos de individuos.”* (Carugati, F., y Palmanori, A., 1991 en Perera, M., 1999, p. 8).

Di Giacomo (1981) refiere que son *“... modelos imaginarios de categorías de evaluación, categorización y de explicación de las relaciones entre objetos sociales, particularmente entre grupos que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción...”* (Giacomo, 1981, en Perera, M., 1999, p. 10). Años más tarde insistiría en el carácter estructurado de esta categoría al plantear: *“... todo conjunto de opiniones no constituye sin embargo una representación social... el primer criterio para identificar una representación social es que está estructurada”.* (Giacomo, 1987, en Ibáñez, T., 1988, p. 35). Con este planteamiento el autor nos indica que necesariamente no tiene por qué existir una representación social para cada objeto en el que pensemos, aunque sugiere el carácter molar de la misma al englobar distintos componentes de forma sistémica.

Algunas de las elaboraciones de Tomás Ibáñez nos plantean que *“... las representaciones producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social. En este sentido, las representaciones actúan de forma análoga a las teorías científicas. Son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, con suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos. En definitiva, las representaciones sociales parecen constituir unos mecanismos y unos fenómenos que son estrictamente indispensables para el desarrollo de la vida en sociedad.”* (Ibáñez, T., 1988, p. 55).

María Auxiliadora Banchs (1990) concibe la representación social una modalidad de pensamiento práctico que sintetiza la subjetividad social. Está orientada hacia la comunicación, la comprensión y el dominio de su entorno social.

Por su parte, Darío Páez nos señala que *“... son sistemas de creencias de menor estabilidad y la mayor de las veces característicos de lo que llamamos “subculturas” que*

*se forman al interior de una sociedad. Estas emergen ante objetos o hechos sociales que exigen ser “normalizados” y transformados en algo conocido o bien explicar lo negativo. Las representaciones sociales son concebidas como discurso ideológico “no institucionalizado.”* (Páez, 1992, citado por de la Incera, N., 2000, p. 12).

Otros investigadores han planteado que las representaciones sociales son ante todo “productos socioculturales” pues proceden de la sociedad e informan sobre características propias de grupos que las asumen. Estudiar contenidos concretos de determinadas representaciones permite describir características de una sociedad en un momento preciso de la historia de esa sociedad. Sin embargo, no se puede olvidar que ante todo, las representaciones sociales son procesos.

Son a la vez pensamiento constituido y pensamiento constituyente; pensamiento constituido en tanto se transforman en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas que posibilita interpretar la realidad. Son pensamiento constituyente pues no sólo reflejan la realidad sino que intervienen también en su elaboración. Por ello se puede afirmar que la representación social es un proceso de construcción de la realidad.

De modo general, las representaciones sociales constituyen una formación subjetiva, multifacética y polimorfa, donde fenómenos de la cultura, la ideología y la pertenencia socio-estructural dejan su impronta; al mismo tiempo que elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos participan en su configuración. Ciertamente, son muchas las nociones que sobre este tópico se han elaborado; por tal motivo resulta imposible dar cuenta de todas ellas, no obstante, a pesar de su diversidad notamos que no son excluyentes ni contradictorias, sino que tienden a complementarse. Las principales fuentes de las Representaciones Sociales se han visto reflejadas en los supuestos elementales que articulan esta teoría. En sentido amplio se encuentra la experiencia acumulada por la humanidad a lo largo de la historia, escenario donde cristaliza la cultura, que va a asumir sus particularidades en cada contexto socioeconómico concreto. Luego, por medio de tradiciones, creencias, normas, valores, llega a cada hombre con expresiones de la memoria colectiva y es a través del lenguaje que se transmite todo este arsenal cultural que es determinante en la formación de las representaciones sociales.

De tal modo, el contexto sociocultural que determina una representación, se debe tener en cuenta las condiciones históricas, económicas e ideológicas en que surgen, se desarrollan y desenvuelven los grupos y objetos de representación que estudiamos. Son

importantes además, las instituciones u organizaciones con las que interactúan los sujetos y grupos, así como la inserción social de los individuos en términos de pertenencia a determinados grupos y las prácticas sociales en los que estos participan. Otras de las fuentes esenciales de las representaciones es la comunicación social en sus diferentes formas, dentro de la que se puede mencionar los medios de comunicación como transmisores de conocimientos, valores, modelos, informaciones y la comunicación interpersonal. Dentro de esta última se destaca las conversaciones cotidianas en las cuales se recibe y se ofrece todo un cúmulo de informaciones el cual es imprescindible en la estructuración de la representación social.

Durante estas interacciones comunicativas se origina el llamado “trasfondo comunicacional” que sirve de escenario permanente a las representaciones, y a su vez, es fuente inagotable de contenidos para estos. Darío Páez (1992) plantea que las representaciones sociales emergen ante objetos, procesos o hechos sociales que demandan “normalización”, es decir, transformarse, ajustarse en algo conocido y concreto, o explicar aquello que resulta negativo. Plantea además que todo estereotipo, toda creencia ideológica, no necesariamente, deriva en una representación, solamente aquellas relacionadas con situaciones conflictivas, por lo que afirma que la contradicción entre valores ideológicos y la existencia de conflictos provocan el surgimiento de representaciones. A criterio de Fran Elejabarrieta (1995) existen tres grandes tipos de objetos capaces de originar un proceso representacional:

- Objetos, ideas y teorías científicas de corte utilitario en la vida cotidiana.
- La imaginación cultural, los elementos míticos o mágicos, que son cuestiones relevantes para los grupos sociales en un contexto dado.
- Las condiciones sociales y acontecimientos significativos, a los que Moscovici denomina “discutibilidad social”, pues son las polémicas particularmente relevantes para grupos y contextos.

De forma general podemos sintetizar que las representaciones sociales se construyen en función de las comunicaciones que circulan en el medio social, así como los roles y posiciones que al individuo le toca asumir y ocupar dentro de ese medio, y en ellas encontramos expresadas el conjunto de creencias, valores, actitudes, normas y tradiciones con que los individuos afrontan las situaciones cotidianas.

Las representaciones sociales constituyen una unidad funcional estructurada. Están integradas por formaciones subjetivas tales como: opiniones, actitudes, creencias,

imágenes, valores, informaciones y conocimientos. Algunas pueden guardar estrecha relación con la propia representación social, y en esto han radicado muchas críticas, de modo que ellas se encuentran contenidas dentro de la propia representación y por tanto, las representaciones sociales las trasciende, siendo una formación más compleja.

Las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos.

Investigaciones llevadas a cabo han demostrado que desde el punto de vista de la génesis, la actitud es la primera dimensión de una representación, pues representamos “algo” luego y en función de la toma de posición hacia ese “algo”.

Es el elemento afectivo de la representación. Se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación; expresa por tanto, una orientación evaluativa en relación con el objeto. Imprime carácter dinámico y orienta el comportamiento hacia el objeto de representación, dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección. Moscovici señala que: “... la actitud implica un estímulo ya constituido, presente en la realidad social a la que se reacciona con determinada disposición interna, mientras que la representación social se sitúa en “ambos polos”: constituye el estímulo y determina la respuesta que se da.” (Rodríguez, O., 2001, p. 17).

Según Darío Páez la diferencia más notable entre actitud y representación está dada en la interpretación de los datos más que en los instrumentos que son utilizados, pues las técnicas son muy similares.

La información es la dimensión que refiere los conocimientos en torno al objeto de representación; su cantidad y calidad es variada en función de varios factores. Dentro de ellos, la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial, pues el acceso a las informaciones está siempre mediatizado por ambas variables. También tienen una fuerte capacidad de influencia la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a este.

El campo de representación es el elemento constitutivo de la representación social. Sugiere la idea de “modelo” y está referido al orden que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada. El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que constituye la parte más estable y sólida de la representación, compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos. En el núcleo figurativo se encuentran

aquellos contenidos de mayor significación para los sujetos, que expresan de forma vívida al objeto representado. Es necesario destacar que esta dimensión es “construida” por el investigador a partir del estudio de las anteriores.

Jean Claude Abric (1976) presupone que una representación está organizada en un sistema central y otro periférico. Plantea la hipótesis según la cual los individuos o grupos reaccionan no a las características objetivas de la situación, sino a la representación que de ellas tienen.

El sistema central tiene una marcada relevancia ya que va a estructurar los contenidos que están fuertemente anclados sobre la memoria colectiva del grupo que lo elabora, dotando a la representación de estabilidad y permanencia, por lo cual constituye la parte más coherente y rígida.

Las principales características de este sistema son:

- Está directamente vinculado y determinado por las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas. Marcado por la memoria colectiva del grupo y su sistema de normas.
- Dotado de estabilidad, coherencia y resistencia al cambio. Garantiza la continuidad y permanencia de la representación.
- Tiene una cierta y relativa independencia del contexto social inmediato.
- Tiene una función generadora, a través de la cual se crea o se transforma y da significación a otros elementos constitutivos de la representación.
- Es el elemento unificador o estabilizador, pues determina la naturaleza de los lazos que unen entre sí los elementos de la representación.
- Tiene función consensual, pues permite definir la homogeneidad del grupo social.

En el sistema periférico se encuentran insertadas las experiencias individuales de cada sujeto, por lo cual es posible explicar la diversidad de representaciones que existen al interno de un grupo entre sus miembros. Este sistema adopta mayor dinamismo, flexibilidad e individualización que el sistema central.

Sus características fundamentales pueden ser sintetizadas de la siguiente manera:

1. Es más sensible a las características del contexto inmediato. Concretiza el sistema central en términos de toma de posición o conducta.
2. Por su flexibilidad, asegura la función de regulación y adaptación del sistema central a los desajustes y características de la situación concreta a la que se enfrenta el grupo. Es un elemento esencial en la defensa y protección de la significación central de la

representación y absorbe las informaciones o eventos nuevos, susceptibles de cuestionar el núcleo central.

3. Su flexibilidad y elasticidad posibilitan la integración de la representación a las variaciones individuales vinculadas a la historia del sujeto, a sus experiencias vividas. Hace posible la existencia de representaciones más individualizadas, organizadas alrededor de un núcleo central común al resto de los miembros del grupo. Permite una cierta modulación individual de la representación.

La representación se estructura en torno al núcleo figurativo que la dota de significación global y organiza los elementos periféricos que protegen su estabilidad y además tiene funciones adaptativas.

Para llegar a conformarse la representación es imprescindible que ocurran dos procesos, la objetivación y el anclaje, fases que se encuentran muy ligadas por el hecho que una presupone a la otra. Tan solo la representación objetivada, naturalizada y anclada es la que permite explicar y orientar nuestros comportamientos. Es por ello que diversos autores han demostrado su alcance.

La objetivación podría definirse como aquel proceso a través del cual se lleva a imágenes concretas que permiten comprender mejor lo que se quiere decir, aquellos conceptos que aparecen de manera abstracta. Consiste en transferir algo que está en la mente en algo que existe en el mundo físico.

Darío Páez diría que "... se trata del proceso mediante el cual se concreta, se materializa el conocimiento en objetos concretos. En esta fase se retienen selectivamente elementos, se organizan libremente y se estructura un modelo figurativo icónico simple."(Páez y col., 1987)

Este mecanismo se encuentra bajo la influencia de la inserción de los sujetos en la sociedad, de sus condiciones sociales. Se realiza a través de tres fases: la construcción selectiva, la esquematización estructurante y la naturalización.

La construcción selectiva es aquel proceso a través del cual los diferentes grupos sociales y los sujetos que los integran se apropian, de una manera muy particular y específica, de las informaciones y los saberes sobre un objeto. Esta forma de preparación implica la retención de algunos elementos de la información y el rechazo de aquellos que no resulten significativos. Los elementos retenidos se someten a una transformación con el objetivo de que puedan encajar en las estructuras de pensamiento que ya están constituidas en el sujeto, es decir, estos nuevos elementos van a adaptarse a las estructuras formadas anteriormente.

Una vez seleccionada la información y convenientemente adaptada a través del proceso de apropiación, se organiza internamente para conformar una imagen del objeto representado de manera coherente y de fácil expresión. Esto da lugar a la formación del núcleo central.

La naturalización, según Ibáñez es en tanto proceso donde el núcleo central adquiere un status ontológico que lo sitúa como un componente más de la realidad objetiva. El núcleo central es el resultado de un proceso de construcción social de una representación mental; sin embargo, se olvida el carácter artificial y simbólico del núcleo y se le atribuye plena existencia fáctica. El núcleo pasa a ser la expresión directa de una realidad que se le corresponde perfectamente y de la cual no parece constituir sino un reflejo fiel. Una vez que ha quedado constituido, el núcleo tiene toda la fuerza de los objetos naturales que se imponen “por sí mismos” a nuestra mente.

El mecanismo de la objetivación está notablemente influenciado por una serie de condiciones sociales, como puede ser la inserción de las personas en la estructura social. En el anclaje, Moscovici refiere que “...es el mecanismo que permite afrontar las innovaciones o la toma de contacto con los objetos que no son familiares. Utilizamos las categorías que nos son ya conocidas para interpretar y dar sentido a los nuevos objetos que aparecen en el campo social.”(Moscovici, 1976, citado por Ibáñez, T., 1998, p. 50). El proceso de anclaje sería la integración al pensamiento de una nueva información sobre un objeto, la cual aparece con un significado específico ante nuestros esquemas antiguos y a la que se le atribuye una funcionalidad y un papel regulador en la interacción grupal.

Es aquí donde se manifiestan los procesos de asimilación y acomodación, pues las informaciones recibidas son deformadas por nuestros esquemas ya constituidos, y a su vez, esta nueva información cambia nuestros propios esquemas para acomodarlos a sus características. Se puede afirmar entonces que este proceso se refiere al enraizamiento de la representación social y su objeto.

El proceso de anclaje articula las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de la novedad, función interpretativa de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales. (Rodríguez, O., 2001, p. 20).

Tanto el anclaje como la objetivación hacen familiar lo no familiar; el primero transfiriéndolo a nuestra esfera particular donde somos capaces de compararlo e interpretarlo, y el segundo, reproduciendo entre las cosas que podemos tocar y en consecuencia, controlar.

Las funciones de las representaciones sociales han sido expuestas por varios autores destacando la funcionalidad y utilidad práctica de la teoría en el ámbito social. Jean Claude Abric (1994) hace una sistematización sobre el tema donde resume, a su modo de ver, cuatro funciones básicas de las representaciones. Estas funciones han sido desarrolladas en un trabajo realizado por Maricela Perera (1999), siendo precisamente dichas funciones las que presentamos a continuación:

1. Función de conocimiento: Permite comprender y explicar la realidad. Las representaciones permiten a los actores sociales adquirir nuevos conocimientos e integrarlos, de modo asimilable y comprensible para ellos, coherente con sus esquemas cognitivos y valores. Por otro lado, ellas facilitan -y son condición necesaria para- la comunicación. Definen el cuadro de referencias comunes que permiten el intercambio social, la transmisión y difusión del conocimiento.
2. Función identitaria: Las representaciones participan en la definición de la identidad y permiten salvaguardar la especificidad de los grupos. Sitúan además, a los individuos y los grupos en el contexto social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal gratificante, o sea, compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados.
3. Función de orientación: Las representaciones guían los comportamientos y las prácticas. Intervienen directamente en la definición de la finalidad de una situación, determinando así a priori, el tipo de relaciones apropiadas para el sujeto. Permiten producir un sistema de anticipaciones y expectativas, constituyendo una acción sobre la realidad. Posibilitan la selección y filtraje de informaciones, la interpretación de la realidad conforme a su representación. Ella define lo que es lícito y tolerable en un contexto social dado.
4. Función justificatoria: Las representaciones permiten justificar un comportamiento o toma de posición, explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación.

La funcionalidad de las representaciones sociales puede sintetizarse en evaluativas, orientadoras, explicativas y clasificatorias. A esta es necesario añadir otras dos funciones que guardan estrecha interrelación con las mencionadas anteriormente. Dichas funciones son:

1. Función sustitutiva: Las representaciones actúan como imágenes que sustituyen la realidad a la que se refieren, y a su vez participan en la construcción del conocimiento sobre dicha realidad.
2. Función icónico-simbólica: Permite hacer presente un fenómeno, objeto o hecho de la realidad social, a través de las imágenes o símbolos que sustituyen esa realidad. De tal modo, ellas actúan como una práctica teatral, recreándonos la realidad de modo simbólico.

Estudiar la teoría de las Representaciones Sociales es una tarea ardua y compleja. A lo largo de los años se han realizado distintas investigaciones sobre el tema, para lo cual han sido utilizados diversos métodos e instrumentos, pero hasta nuestros días no se ha privilegiado ninguno en particular, lo cual no quiere decir que todos o cualquiera sean válidos. Al respecto decía Doise: “...*la pluralidad de aproximaciones de la noción y la pluralidad de significados que vehicula, hacen que sea un instrumento de trabajo difícil de manipular.*” (Cabrera, M., 2004, p. 14)

La importancia, amplitud y complejidad del fenómeno representacional conlleva a la necesidad de combinar enfoques o perspectivas teóricas que de modo complementario se articulen y asuman diferentes abordajes metodológicos, sin que esto signifique un eclecticismo teórico-metodológico. Por ello, es posible, partiendo de presupuestos compatibles, abordar el fenómeno desde distintas ópticas, pudiendo articular métodos y técnicas que nos permitan un mayor acercamiento al mismo.

Precisamente, una de las vías para acceder a su conocimiento se halla en el campo de la comunicación y la interpretación, donde se revela la importancia del lenguaje para la investigación, pues es mediante los “discursos” de los individuos que conoceremos el fenómeno. Al decir de Potter y Wetherell (1987), los “discursos” serían todas las formas de interacción hablada, formal e informal y todo tipo de textos escritos. Su trascendencia radica en que es una práctica que construye sistemáticamente el objeto del cual habla. Es preciso establecer con suficiente rigor y precisión cuál es el contenido concreto de la representación de tal forma que nos permita estudiar su dinámica interna, en tanto modalidad del pensamiento social. Se hace necesario para ello recurrir a técnicas que permitan conocer el esquema figurativo, el campo de representación, las actitudes y el conjunto de informaciones que componen esta categoría, y que permiten atestiguar la presencia de una representación social debido al grado de estructuración de estos elementos..

Es necesario añadir que los discursos no constituyen una expresión directa de las representaciones de los sujetos y corresponde al investigador su construcción, realizando un cuidadoso análisis, puesto que los universos semánticos producidos por los sujetos incluyen elementos cognitivos, simbólicos y afectivos que organizan, dan sentido y dirección al pensamiento de cada individuo particular.

No se debe pasar por alto un importante precepto teórico que plantea esta teoría donde se enuncia que toda representación es siempre de algo (el objeto) y de alguien (el sujeto, la población o grupo social). Dada la relación dialéctica que debe existir entre ambos, se hace imprescindible señalar algunos aspectos metodológicos que puntualiza Celso Pereira de Sá (1998) que se consideran fundamentales cuando del estudio de esta categoría se trate. Ellos son los siguientes:

1. Enunciar exactamente el objeto de la representación.
2. Determinar los sujetos en cuyas manifestaciones discursivas y comportamientos se estudiará la representación.
3. Determinar las dimensiones del contexto sociocultural donde se desenvuelven los sujetos que se tendrán en cuenta para conocer sobre la representación.

Evidentemente, se encuentra un amplio espectro de posibilidades metodológicas para estudiar las representaciones sociales.

Las representaciones sociales son las ideas que tiene la población sobre lo que enfermería es y hace en el sistema de salud. Se divide en dos dimensiones, la primera la dimensión social, cuyos indicadores serán las diferentes opiniones de la población en cuanto si el enfermero es visto socialmente como ayudante del médico, como personal sin conocimiento suficiente, o como personal del menor rango en salud. En cuanto a la dimensión empírica refiere a la visión de la población sobre las actividades y tareas llevadas a cabo por enfermería, cuyos indicadores se basarán también en opiniones de la población que serán, las tareas de enfermería no tienen autonomía alguna de la decisión del médico, las tareas que realiza enfermería son simples, que las puede hacer cualquiera, solo higiene. Según el texto de La Enfermería en América Latina Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo Rosa María Nájera María Consuelo Castrillón agudelo de la fuente secundaria de recopilación bibliográfica de administración del año 2019 (Agudelo, 2019)

La vision que se tenga sobre el rol de enfermería afecta a la calidad del servicio, en cuanto que la insatisfacción personal y profesional que se ve afectada en relación al estrés afecta directamente en el ejercicio.

Asimismo, se refiere que enfermería con su saber y su talento contribuye con el conjunto de trabajadores de la salud a resolver los problemas de salud de la población y por ello se reconoce como "factor esencial de la atención de salud" (Los principios generales de las reformas sectoriales: equidad, calidad de la atención, eficiencia, sostenibilidad y participación social; no podrán alcanzarse sin el compromiso y participación del recurso humano y dentro de éste, el personal de enfermería tiene un papel protagónico por su cercanía y permanencia en la asistencia a las personas usuarias de los servicios de salud y con las vivencias individuales y colectivas de la gente frente a sus procesos vitales. Para reducir la inequidad en la entrega de servicios de salud a la población; alcanzar la participación ciudadana en salud; mejorar la eficiencia, el costo efecto y la calidad de los servicios; se necesita invertir en el talento humano y compromiso político con el desarrollo organizacional de los servicios de salud. Los vertiginosos cambios mundiales y regionales, determinan problemas para la salud y retos para ofrecer respuestas sociales efectivas para solucionarlos. En un mundo de cambios acelerados y complejos, los profesionales de enfermería están enfrentados a desarrollar estrategias teórico-prácticas para comprender e intervenir problemas de la salud en general y los del cuidado de enfermería en particular que llevan a demandas de la sociedad por intervenciones efectivas en los campos de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el apoyo profesional en los procesos de rehabilitación y de muerte, y un cuidado ofrecido con calidades científico - técnicas y sobre todo humano. (Agudelo, 2019)

El profesional de enfermería, en los actuales servicios de salud, se ha sido distanciado de las actividades correspondientes a su preparación técnica, y ha asumido actividades dispersas en administración de personal, administración de recursos materiales, alimentación de sistemas de información, facturación y tareas que no realiza otro personal. Esta situación ha sido constatada por muchos estudios, uno de ellos, realizado por antropólogos en Buenos Aires (Argentina), refiere: "La amplia gama de funciones que debe cumplir: distribución de trabajo al personal; disposición del personal en los distintos días, turnos y servicios; consecución de ropas, materiales, medicamentos y aparatos ; puesta al día de información y ficheros ; atención a las demandas de los familiares de los pacientes; coordinación de los servicios de diagnóstico y tratamiento; atención de los

pacientes, etc. diluye el perfil de su rol y la dispersa en un sinnúmero de tareas que se apartan del objetivo mismo de la enfermería”. Otro de estos estudios, concluye que los profesionales de enfermería, cuya formación tiene un alto costo social, así como un buen nivel de conocimientos, actitudes y aptitudes individuales, están subutilizados por las instituciones de salud, y marginados totalmente en su ejercicio profesional, con graves consecuencias, tanto en la calidad de la atención en salud, como en la satisfacción profesional. Las razones para esta situación se encuentran en la insuficiencia cuantitativa de este personal en las instituciones de salud, demostrada también por estudios diversos. La ausencia de consenso sobre las funciones del profesional de enfermería, convierte en problemático el establecimiento de una política asistencial de enfermería en cualquier institución de salud. Además, el extenso campo de acción en el que debe desenvolverse un profesional de este tipo, afecta no sólo la coherencia interna de sus conductas, sino que divide al grupo constituido por sus pares, creando fracturas artificiales en sus relaciones profesionales y gremiales, e impidiéndoles actuar organizadamente para reconstruir y reorientar sus perfiles profesionales. En la práctica hospitalaria, no se ha logrado la autonomía del profesional de enfermería, porque sus actuaciones y decisiones quedan entre la autoridad de una administración superior y la autoridad técnica del médico. En el campo comunitaria y de la salud pública existen condiciones para desarrollar un modelo profesional autónomo, de mayor impacto en la gestión y acompañamiento de proyectos participativos de salud, en los campos de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades. La regulación: La regulación es el proceso de elaboración e implementación de reglas y estándares técnicos, que orientan las relaciones entre actores, para racionalizar el intercambio de bienes y servicios. Las enfermeras proveen un servicio y la regulación de éste tiene características similares a las de cualquier otro bien o servicio ofrecido a la comunidad. (Cisneros, 2005)

Al estudiar la regulación se analizan tanto las reglas y sus implementaciones, como la intervención de los actores encargados de ejecutarlas. Se regula la entrada al mercado, las prácticas competitivas, la organización del mercado de trabajo y la remuneración. En cuanto a la entrada y salida del mercado, se define quién puede ejercer la profesión y cómo adquiere este derecho. Las prácticas competitivas se refieren a que la extensión de las competencias tienen límites definidos por reglas éticas, que además, definen quién ejerce legal o ilegalmente una profesión. La organización del mercado de trabajo precisa quiénes son los proveedores de ciertos bienes y servicios, expide las reglas para controlar la especulación, ordena las formas de prestar el servicio, por ejemplo, como

empresarios en ejercicio independiente o articulados institucionalmente, y su distribución geográfica. La remuneración, regula el pago de bienes y servicios, los cargos y sus escalas. La regulación del pago es importante para caracterizar las relaciones financieras que se dan entre enfermeras y usuarios de sus servicios. La regulación del pago tiene que ver también con el ámbito de las relaciones contractuales. Existen diversos modelos de regulación con variación entre países. Para el caso de la regulación de la profesión de enfermería se está, además, ante un proceso históricamente construido y con múltiples variaciones en un mismo país.(Cisneros, 2005)

El Estado es un actor importante en la regulación de las profesiones. En la medida en que el Estado se convirtió en financiador y prestador de servicios de salud, comenzó a intervenir fuertemente en los procesos regulatorios de las profesiones, tanto en el ámbito público como en el privado y es él quien otorga a los grupos profesionales la capacidad o no de regularse. El desarrollo de un mecanismo de regulación profesional es producto de un proceso histórico, donde las formas de interacción que existen entre la profesión y el Estado es preponderante. Por ello el estudio de la regulación tiene dos dimensiones, una económica que se orienta al control de la calidad y de los costos del servicio que presta el profesional, y otra política para identificar las tensiones y las relaciones de poder que se establecen entre los actores: Estado - profesiones. La educación en enfermería: Durante el último decenio del siglo XIX y el primero del siglo XX, se inició la creación de escuelas de enfermería en América Latina. En 1890 en Argentina y Cuba, en 1903 en Colombia, en Chile en 1905 y en México en 1907. Durante este período, en muchos países la formación de enfermeras no estaba vinculada a las universidades, los cursos se dictaban en hospitales, residencias, conventos o escuelas de artes manuales, por iniciativa de médicos, religiosas o señoras filantrópicas. La enseñanza se impartía en momentos de coyuntura: calamidades, epidemias, conflictos militares y campañas sanitarias. Estas escuelas expidieron títulos y diplomas diversos como el de "Enfermeras Visitadoras", "Enfermeras Comadronas", "Enfermeras Parteras" y "Enfermeras Hospitalarias" El hecho de que la enfermería sea una profesión femenina y que las estadísticas muestren un desigual acceso de la mujer a la formación secundaria, incidió en los requisitos de admisión durante casi treinta años en América Latina. Es tal vez la única carrera universitaria que hasta el decenio de los sesenta no exigía la educación secundaria completa como requisito de ingreso a la educación superior. En los últimos años del decenio de los setenta y principios de los ochenta, los currículos giraron en función de aspiraciones no cumplidas como: formar el profesional que cada país

necesita, integrar el "equipo de salud", trabajar con metodologías basadas en la autoinstrucción y evaluación formativa, alcanzar la integración docente-asistencial y el desarrollo de prácticas no sólo clínicas sino también con grupos de la población. Para los noventa y comienzos del 2000, se asiste a reformas curriculares diversas y a experiencias educativas que tratan de incorporar metodologías innovadoras, de acercarse al mundo del trabajo en salud, de flexibilizar los currícula y se cuenta con una experiencia bastante extendida en los programas UNI desarrollados en los noventa con el apoyo de la fundación W.K. Kellogg.. La disciplina de Enfermería: El reconocimiento de la función única de enfermería abre las puertas al desarrollo teórico de la disciplina. Desde la segunda mitad del siglo XX se ha venido ampliando y profundizando en un cuerpo propio de conocimientos. (Agudelo, 2019)

Este se caracteriza por ser plural y multiparadigmático. Hoy en día conviven diversos enfoques, diversas metodologías y teorías de enfermería que muestran la riqueza de la práctica y la complejidad de la actividad de cuidar. No obstante, la esencia de la práctica de Enfermería no ha cambiado. Si bien el cuidado ha estado vinculado a la enfermería, sólo en los últimos años se ha conceptualizado sobre él. (Agudelo, 2019)

Desde el punto de vista de la disciplina se concibe el cuidar, como actividad dinámica, reflexiva, deliberada y basada en la interacción humana. El cuidado constituye el objeto del saber y del quehacer principal de enfermería. Incluye la generación y aplicación de conocimiento y su validación social. La disciplina de enfermería está conformada por el saber que enfermería utiliza con el propósito de ofrecer un servicio esencial a la gente, el de cuidar su vida y promover las potencialidades para lograr la salud. Dos profesoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad de California definen en cuatro proposiciones el campo de la disciplina de enfermería La disciplina de enfermería se ocupa de los principios y leyes que gobiernan los procesos de la vida, del bienestar y el óptimo funcionamiento de los seres humanos sanos o enfermos. (Agudelo, 2019)

La disciplina de enfermería se ocupa de los patrones de comportamiento humano en interacción con el entorno en eventos de la vida normal y en situaciones críticas de salud. La disciplina de enfermería se ocupa de las acciones y procesos que facilitan cambios positivos en el estado de salud cuando éste es afectado, también, se ocupa de la integridad de la salud humana comenzando por reconocer que esa integridad está en continua interacción con su entorno y que es posible construir condiciones de vida saludables, Interferencias en el desarrollo profesional Existen interferencias tanto al

interior de la profesión como en el contexto organizacional en salud que dificultan el desarrollo de la profesión, la investigación y la prestación de servicios de enfermería de calidad para los usuarios. (Agudelo, 2019)

Entre las interferencias internas está la baja autoestima, que deviene en la autocompasión y cuyas raíces se encuentran en la visión de la profesión como un servicio caritativo de abnegación y vocación y peor aún de ayudantía al personal médico. La falta de creatividad por rutinización en las prácticas que se realizan cotidianamente, la ausencia de liderazgo; la falta de iniciativa para proponer modelos de enfermería y, una baja producción científico - técnica, medida por número de publicaciones en revistas de circulación nacional e internacional, por citas y por número de enfermeras dedicadas a la investigación. El distanciamiento del sujeto de atención y la entrega de responsabilidades en personal menos calificado produce un efecto negativo para la profesión y constituye riesgos para la salud de la población. Se establece que en una población que tiene una percepción errónea de enfermería, aumenta en un 99 por ciento la aparición de síntomas de estrés. (Agudelo, 2019)

En el proceso de división del trabajo, enfermería ha ido entregando campos que son de su competencia y de ahí se han derivado otras jóvenes profesiones como la nutrición, la fisioterapia, la instrumentación quirúrgica, entre otras, que deberían ser campos especializados de la enfermería, en razón no de alcanzar estatus, sino de potencializar la labor de los cuidadores. En prospectiva se calcula que otras nuevas profesiones irán surgiendo para dar cuidados especializados como en el caso de los viejos donde ya tenemos la gerontología, o para ofrecer cuidados prolongados o paliativos en el hogar, o para ofrecer servicios preventivos o de rehabilitación. Entre las interferencias externas se encuentran, el deterioro en las condiciones de trabajo, la sobrecarga laboral, la disminución del valor social y económico de la profesión, la anarquía en la asignación de funciones por parte de la burocracia administrativa de las instituciones de salud, la mercantilización de la salud y la baja inversión en el talento humano dentro de los sistemas de salud, las limitaciones en las posibilidades de estudio y de mayor formación, la ausencia tanto de educación continua como de exigencias de recertificación y acreditación profesionales. Desafíos y retos para la enfermería del tercer milenio a las puertas de un nuevo milenio y en un mundo globalizado, la profesión de enfermería en América Latina enfrenta grandes retos. Por un lado la consolidación de un modelo profesional autónomo en lo científico técnico y en lo administrativo. En la clínica, deberá

reasumir su función de cuidador, pero su presencia en la atención de los pacientes deberá caracterizarse por intervenciones que demuestren la calidad científica y humanización del cuidado profesional. (Agudelo, 2019)

Asumir el ejercicio independiente, particularmente el dirigido a los cuidados en el hogar. Redefinir en teoría y práctica la dimensión de los cuidados prolongados y de los cuidados paliativos, para sociedades donde el perfil demográfico de los viejos está en aumento, con sus características epidemiológicas de demencias, discapacidades y enfermedades crónicas. En el campo de la salud pública, se requieren profesionales que lideren proyectos de desarrollo social y sean además de profesionales, ciudadanos éticos en sus actuaciones. En el contexto de reforma a los sistemas de salud, los profesionales de enfermería deben hacer prospectiva para adelantarse con propuestas alternativas en modelos de gestión de los cuidados, en modelos de atención de enfermería, de organización administrativa y en el valor social y económico de sus servicios. Las estrategias y los contenidos de formación deben fundamentarse en la investigación y acercarse a la realidad de los servicios de enfermería para transformar los modelos tradicionales, en un esfuerzo conjunto de enfermeras de servicio, enfermeras formadoras y enfermeras investigadoras. En los procesos de acreditación de las instituciones de salud debe incluirse la calidad del cuidado de enfermería y dentro de éste los mínimos de profesionales que se requieren para prestar cuidados continuos y especializados, y por supuesto, los indicadores de la calidad del servicio de enfermería. Y, a los profesionales, se les debe exigir la acreditación de sus conocimientos y prácticas. (Agudelo, 2019)

Para lograr transformaciones positivas en la profesión y respuestas pertinentes a las necesidades que demanda el cuidado de seres humanos en su vivencia de los procesos vitales, se requiere construir una visión de enfermería ayornada a lo contemporáneo, a la vez universal y local, cuestionar paradigmas tradicionales en los campos de la salud y de la enfermería; hacer preguntas inteligentes para buscar soluciones en el terreno de lo sanitario, de la disciplina y de la profesión; fundamentar la búsqueda de respuestas a problemas complejos, en teorías construidas desde la inter y transdisciplinariedad; orientar las transformaciones apoyados en evidencias; la toma de decisiones respaldadas por el manejo de información válida y confiable y apoyarse en metodologías tanto cuanti como cualitativas; tener presente que la práctica orientada sólo por la experiencia conduce al inmovilismo y nos mantiene en el pasado y que para enfrentar el

presente y el futuro según Elizalde, se necesita hacer uso y estimular la creatividad que genera innovaciones; aceptar la coexistencia de lo diverso y superar el miedo a la diferencia, porque tal miedo conduce a homogeneizar la realidad como si toda diferencia fuera patológica. Para hacer posible orientaciones y acciones hacia el cambio, se requiere de participación, cooperación y solidaridad entre los actores implicados: en los planos individual y colectivo; político, gremial y académico; local, nacional e internacional; de instituciones formadoras y prestadoras de servicio; de voluntad política y de acción intersectorial. Para sustentar los lineamientos de un plan de acción orientado al desarrollo de la enfermería en América Latina y del Caribe, se exponen a continuación, elementos del contexto que impactan la salud, la educación y el trabajo en el campo de la salud y de la enfermería; se precisa la naturaleza de la disciplina y de la profesión de enfermería para orientar acuerdos sobre el sujeto-objeto con el que se quiere actuar y transformar; se tipifican las áreas críticas en los campos de la formación, la distribución del recurso, el mundo del trabajo y los instrumentos regulatorios; se plantean los objetivos orientadores de un plan de acción y finalmente se intenta proponer algunas estrategias iniciales para enfrentar los problemas. En el contexto general muchos procesos de cambio deben enfrentar hoy la humanidad, todos impactan la vida y la salud de generaciones presentes y futuras, alteran procesos sociales como las formas de dar respuesta a necesidades básicas, la organización del trabajo y el sistema de valores; se transforma el mundo biológico en los planos macro del ecosistema y en el micro de los genes. El compromiso social de la práctica de la enfermería, es con el cuidado de la vida y la salud de la gente, obliga, entonces, a tener en cuenta estos referentes para comprender la naturaleza de los problemas y para valorar la dimensión ética que debe orientar un plan de desarrollo para dicha práctica. Algunos de los procesos que tiene que ver con: la aceleración del tiempo histórico, la globalización, la revolución cultural, la revolución de la tecnología informática, el imperio de la racionalidad económica y cambios de paradigmas de pensamiento y acción. La aceleración del tiempo histórico, dice el doctor Antonio Elizalde se evidencia en que transformaciones que previamente tomaron lugar durante millones de años pueden ahora realizarse dentro de unas pocas décadas, en dicho contexto los corpus teóricos de las disciplinas pueden tornarse obsoletos a una velocidad asombrosa. Con esta dinámica se cambian los conceptos de espacio y tiempo, están ocurriendo revoluciones en los planos cultural, político, científico-técnico y económico. (Agudelo, 2019)

La revolución cultural determinada y expresada por fenómenos tales como las migraciones masivas, la ruptura de fronteras, la urbanización descontrolada, los cambios en la estructura familiar y en los roles de género, como el cambio en el rol de la profesión de enfermería; los procesos de transculturación y globalización de la imagen, los símbolos, las necesidades y modelos sociales. La revolución política, expresada en la transformación de las ideologías, en el uso de estrategias políticas no convencionales tanto por parte de los gobiernos como de los diferentes grupos de poder, el cambio en las consignas y en los objetivos del conflicto. La revolución científico tecnológica marcada por el desarrollo explosivo de la ciencia y de la tecnología, el valor que hoy se da al conocimiento, el desarrollo de experimentos que alcanzan los límites de lo imaginable al penetrar el misterio de la vida misma poniendo en juego planteamientos éticos. El estado de crisis de los paradigmas científicos y la inauguración de conceptos como los de relatividad e incertidumbre. Los movimientos hacia la transdisciplinariedad y, el desenvolvimiento de un nuevo tipo de conocimiento: el informático. La revolución económica expresada en la globalización de la economía en el marco de la política de libre mercado, privatización de las funciones del Estado y el progresivo desentendimiento de su responsabilidad social (salud, educación, seguridad). Cambio en las relaciones sociales hacia la mercantilización de las relaciones cotidianas intronizando el imperio de la economía. Progresivo aumento del desarrollo no sustentable asociado principalmente a la alteración del medio ambiente. Aumento y aceptación de la corrupción como una nueva vía de la política. Aumento de la pobreza cuantitativa y cualitativamente, el aumento de las desigualdades y la supresión de fuentes de trabajo. Globalización de los riesgos para los procesos vitales: calentamiento del globo terráqueo, hueco en la capa de ozono, diseminación de riesgos químicos y biológicos. Los cambios mencionados tienen una fuerte influencia sobre la salud, la calidad de vida de los colectivos humanos y en el desarrollo de las ciencias, las disciplinas y las profesiones. Algunos de los impactos que generan tales revoluciones, se observan en la ampliación de las inequidades. Ejemplos que evidencian la magnitud del problema: según Granda apoyado en informes del Banco Mundial "En algunos países de América Latina el 10% más rico de la población recibe 84 veces los ingresos recibidos por el 10% más pobre". (Agudelo, 2019)

Emparentada con esta inequidad en los ingresos está la pobreza y de la mano de ésta el hambre, la malnutrición, la desnutrición, la muerte, la baja esperanza de vida, así, la escasa oportunidad de acceder a servicios de salud dignos. De esto último puede ilustrar

las consecuencias de la implementación de novedosas reformas de salud en América Latina, o las cifras que seducen a los organismos multilaterales, a manera de ejemplo, la relación de enfermeras por 10.000 habitantes, para Estados Unidos es de 97, para Brasil y Colombia Pero el saldo rojo de la inequidad no lo pagan todos los grupos por igual, por eso con los niños, los ancianos, los indígenas y las mujeres se tiene una altísima deuda social. Otra consecuencia de las grandes transformaciones o revoluciones anotadas inicialmente, es la inseguridad social expresada en las violencias de todo tipo, el desempleo a todos los niveles, las exclusiones en la atención médica y la casi desaparición del concepto de salud pública en la práctica de protección a la población de patologías evitables, que interpretadas a la luz del derecho, en expresión de Mario Rovere, se convierten en homicidios culposos.(Agudelo, 2019)

El rol de enfermería cada vez exige más capacitación ante todo éste panorama, el rol es mutable al igual que el mundo contemporáneo. Las medidas introducidas por las reformas de los sistemas de salud buscan eficiencia, calidad, universalidad y equidad en los servicios ofrecidos, pero la racionalización de los servicios no significa un cambio automático de los modelos de atención a la salud de individuos y colectivos, porque eso requiere transformación en sus fundamentos medulares. Según Eugenio Vilaca las categorías del sistema de cambio son: 1. Concepción de Salud / enfermedad: negativa => positiva 2. Paradigma Sanitario: Biomédico => Producción Social de la salud 3. Práctica Sanitaria: Atención médica => Vigilancia de la Salud 4. Gestión de los servicios: médica => social La transformación así concebida implica un largo proceso de maduración que va a incidir en los planos políticos, ideológicos y cognoscitivo - tecnológico y que en la transición genera una convivencia de lo viejo con lo Nuevo, incluido la percepción sobre el rol del enfermero. En lo político involucra distintos actores sociales que son portadores de diferentes proyectos. Entre ellos los profesionales de la salud. En lo ideológico implica un cambio cultural en las concepciones y prácticas ante la vida y la salud. En lo cognoscitivo – tecnológico se exigirá la producción y utilización de conocimientos y técnicas coherentes con los supuestos políticos e ideológicos del nuevo modelo. “Cuando la transición se complete, las profesiones habrán hecho una mutación en su visión del campo, en sus métodos y en sus objetivos” (Vilaca, Eugenio, ed 2019)

El estrés es el conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante estímulos repetidos, como por ejemplo el frío, el miedo, la alergia, etc.

Las manifestaciones físicas del estrés, cuyos indicadores serán: taquicardia y sudoración a 10 cuadras o menos de llegar a la institución de trabajo, hambre excesivo al ingreso al servicio o estados de anorexia en el servicio que se traducen en aumento o pérdida de peso. La dimensión de manifestaciones psíquicas está compuesta de los siguientes indicadores; depresión al pensar en el trabajo o la profesión que elegimos, pensar que no valgo nada, que nada me da alegría ni satisfacción profesionalmente hablando; ansiedad al ingreso laboral, pánico repentino al saber que debo salir de mi casa para ir a trabajar; sentir vergüenza cuando alguien me pregunta a qué me dedico. Pensar constantemente en estudiar otra carrera para cambiar a una profesión mejor vista socialmente.

Se puede sumar que el estrés (del latín *stringere* 'apretar' a través de su derivado en inglés *stress* 'fatiga de material') es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Fisiológica o biológica es la respuesta de un organismo a un factor de estrés tales como una condición ambiental o un estímulo. El estrés es el modo de un cuerpo de reaccionar a un desafío. De acuerdo con el evento estresante, la manera del cuerpo a responder al estrés es mediante el sistema nervioso simpático de activación que da lugar a la respuesta de lucha o huida. Debido a que el cuerpo no puede mantener este estado durante largos períodos de tiempo, el sistema parasimpático tiene tendencia a hacer regresar al cuerpo a condiciones fisiológicas más normales (homeostasis). En los humanos, el estrés normalmente describe una condición negativa (distrés) o por el contrario una condición positiva (eustrés), que puede tener un efecto mental, físico e incluso de bienestar o malestar en un ser humano, o incluso en otra especie de animal. (Romero, 2019)

En la década de 1930, Hans Selye –hijo del cirujano austriaco Hugo Selye–,  observó que todos los enfermos a quien estudiaba, independientemente de la enfermedad que padecieran, presentaban síntomas comunes: fatiga, pérdida del apetito, bajada de peso y astenia, entre otras posibles sintomatologías. Por ello, Selye llamó a este conjunto de síntomas el síndrome de estar enfermo. (Cárdenas, 2017)

En 1950 publicó la que sería su investigación más famosa: Estrés. Un estudio sobre la ansiedad. El término estrés proviene de la física y hace referencia a la presión que ejerce un cuerpo sobre otro (la fatiga de materiales), siendo aquel que más presión recibe el que puede destrozarse- y fue adoptado por la psicología, pasando a denominar el

conjunto de síntomas psicofisiológicos antes mencionado, y que también se conocen como síndrome general de adaptación. Los estudios de Selye con posterioridad llevaron a plantear que el estrés es la respuesta inespecífica a cualquier demanda energética a la que sea sometido, implicándose una respuesta de lucha o de huida.(Cárdenas, 2017)

Selye, que fue fisiólogo, se convirtió en el director del Instituto de Medicina y Cirugía Experimental en la Universidad de Montreal.

La ciencia distingue dos tipos de estrés, tanto en animales como en humanos:

### Eustrés y distrés

Aunque casi siempre, principalmente en los humanos, la palabra estrés suele poseer una connotación negativa por incompreensión de la realidad que conduce a una fatiga y a un desequilibrio homeostático (lo opuesto quizás sería el nirvana budista o el principio de nirvana de S.Freud)

Los llamados estresores o factores estresantes son las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo (homeostasis).(Cárdenas, 2017)

Una parte importante del esfuerzo que se ha realizado para el estudio y comprensión del estrés, se ha centrado en determinar y clasificar los diferentes desencadenantes de este proceso. La revisión de los principales tipos de estresores que se han utilizado para estudiar el estrés, nos proporciona una primera aproximación al estudio de sus condiciones desencadenantes, y nos muestra la existencia de diez grandes categorías de estresores:(Fernandez, 2019)

1. situaciones que fuerzan a procesar con el cerebro
2. estímulos ambientales
3. percepciones de amenaza
4. alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etc.)
5. aislamiento y confinamiento
6. bloqueos en nuestros intereses
7. presión grupal
8. frustración

9. no conseguir objetivos planeados

10. relaciones sociales complicadas o fallidas (Cárdenas, 2017)

Los estresores únicos: hacen referencia a cataclismos y cambios drásticos en las condiciones del entorno de vida de las personas y que, habitualmente, afectan a un gran número de ellas. Los estresores múltiples: afectan solo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y se corresponden con cambios significativos y de trascendencia vital para las personas. Los estresores cotidianos: se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas. Los estresores biogénicos: son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos. Estos estresores pueden estar presentes de manera aguda o crónica y, también, pueden ser resultado de la anticipación mental acerca de lo que puede ocurrir en el futuro. (Cárdenas, 2017)

Con respecto al sitio, se puede decir que su trabajo en la promoción de la lactancia materna le ha valido la distinción de “Hospital Amigo de la madre y el niño” otorgada por UNICEF.

Cuenta con Salas de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (T.P.R.)

Las mujeres pueden realizar aquí el trabajo de parto y el parto para, luego del nacimiento, continuar con la recuperación junto a su bebé. Pueden estar acompañadas por sus afectos, evitando de esta manera ser trasladada a distintos sectores, preservando así la intimidad y la privacidad en familia. Estas salas ofrecen diferentes alternativas para que la mujer elija de qué forma transcurrir el trabajo de parto. Para disminuir el dolor previo al parto y favorecerlo puede utilizar baños de inmersión en bañera, pelotas de esferodinamia, una tela para uso tipo hamaca, barras laterales, entre otras técnicas de relajación. Además, la sala tiene cama electrónica con posiciones variables a su elección. Si fuera necesario realizar alguna otra intervención se realizará en la misma habitación ya que, en caso de ser necesario, la misma cuenta con servocunas y equipamiento médico necesario para asistir al recién nacido. El sector incluye quirófanos equipados y una sala de neonatología renovada. Cada habitación TPR cuenta con baño privado y con la posibilidad del control de la intensidad de la iluminación. Lo importante es profundizar el paradigma que incluye la estrategia del parto y nacimiento respetado que favorece el apego inmediato a través del contacto piel a piel entre la madre y el bebé.

El laboratorio atiende a pacientes internados en los distintos servicios del hospital, así como a los de carácter ambulatorio y a los atendidos por la guardia de adultos y pediátrica, las 24 horas de los 365 días del año. Cuenta con 25 profesionales bioquímicos y 9 técnicos de laboratorio que realizan 285 mil determinaciones por año correspondientes a la atención de 58 mil órdenes de estudios bioquímicos. Su equipamiento es de última generación y totalmente automatizado para la realización de análisis de las distintas especialidades: hematología, química clínica, microbiología, hemostasia y medio interno. Integra la red de laboratorios de la Dirección de Bioquímica de la Municipalidad de Rosario, y a través de ella la del Ministerio de Salud de Santa Fe y del Ministerio de Salud de la Nación, además de la red internacional de vigilancia de resistencia a los antibióticos.

### **Material y métodos:**

El abordaje metodológico será cuantitativo, el tipo de estudio descriptivo, porque se describirá la relación entre las variables que se están estudiando, será observacional, ya que se observará la realidad en una población específica. El estudio será Transversal, porque se aplicará una sola vez el instrumento de medición a las unidades de análisis y prospectivo, porque se registrarán los datos a medida que van sucediendo y presentándose los hechos.

### **Sitio/ contexto**

En el control de validez interna del sitio y contexto (estudio exploratorio) se analizará la historia, maduración y la inestabilidad del ambiente experimental. El estudio será llevado a cabo en una institución pública de Rosario, Santa fe, ubicado en la zona sur de la ciudad y es el referente de Nivel II de complejidad de los Distritos Sur y Sudoeste.

Este efector coordina la atención sanitaria junto con los Centros de Atención Primaria de salud de la ciudad. El hospital cuenta con consultorios externos con diversas especialidades clínicas y quirúrgicas, Guardia General de adultos y pediátrica e Internación clínica con áreas de aislamiento. Hay un área de Atención Integral de la Mujer, el área suma los servicios de Ginecología y Guardia Tocoginecológica, comprometidos en garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres. Además, funciona una consejería en salud sexual y reproductiva para acompañar a las mujeres, sus familias y parejas en las decisiones sobre su vida sexual.

El equipo interdisciplinario, conformado por el Área de Ginecología, Trabajo Social, Enfermería y Salud mental del hospital, acompaña a las personas en la toma de decisiones informadas y voluntarias sobre su salud sexual y reproductiva. El dispositivo se enmarca en la política de Salud Integral de la Mujer y los distintos programas de salud sexual y reproductiva que se vienen desarrollando desde hace años en los efectores de salud públicos municipales.

El Hospital cuenta también con un área de alojamiento de madres cuyos hijos están internados en Neonatología, Quirófano para Cirugía General programada y Cirugía Gineco-mamaria.

La internación de adultos de cuidados mínimos, se divide en turnos de 6 horas, cuenta con un piso completo de dos pabellones, uno de hombres y otro de mujeres, es atendido por 30 enfermeros.

Se realizó un estudio exploratorio a través de una guía de relevamiento de datos en el sitio, debido a que se dificulta la realización de una convalidación por el estado de pandemia, además se es suficiente para obtener los datos pertinentes con el relevo de datos. Se pidió permiso al jerárquico correspondiente, quien amablemente respondió las preguntas de la guía del estudio exploratorio (ANEXO I) y se procedió a plasmar los resultados por lo cuál seleccionó el lugar (ANEXO III)

## **Población y muestra**

Habrán dos poblaciones a estudiar, a saber:

- La población número 1, será la que asiste a la institución, es decir tanto pacientes como familiares, tomando el total de pacientes y familiares en un turno de internación de adulto que hace aproximadamente 150 unidades de estudio, por lo que se tomará un muestreo probabilístico aleatorio simple de 30 enfermeros de internación de adulto.
- La población número 2 (universo) a estudiar es el total de 25 enfermeros del servicio de cuidados mínimos de adultos de la institución, depurados por los criterios de exclusión e inclusión. Al ser la población pequeña no se tomará muestreo.

Criterios de inclusión y exclusión de la población número 1:

- Ser paciente de la institución o familiar de paciente.

De la población número 2:

- no deben tener doble empleo
- No debe ser personal jerárquico

Con respecto a la validez externa, los resultados se harán generalizables a toda la población estudiada

**Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

VARIABLE:	DEFINICION CONCEPTU AL	DIMENSIONES		INDICADORES
"Percepción sobre el rol de enfermería"	son las representacio nes sociales que tiene la población sobre lo que enfermería es y hace en el sistema de salud	✓ Dimensió n social: Cómo ve la sociedad al enfermer o		✓ enfermero visto socialment e como ayudante del médico ✓ visto como personal sin conocimie nto suficiente ✓ visto como personal del menor

		<p>✓ Dimensión empírica: refiere a la visión de la población sobre las actividades y tareas llevadas a cabo por enfermería</p>		<p>rango en salud.</p> <p>✓ las tareas de enfermería no tienen autonomía alguna de la decisión del médico</p> <p>✓ las tareas que realiza enfermería son simples, que las puede hacer cualquiera, solo higiene.</p>
--	--	--	--	---

TIPO:Cualitativa compleja FUNCION:Indepe ndiente  ESCALA DE MEDICIÓN:nomi nal, mediante escala de opiniones				

VARIABLE:	DEFINICION CONCEPTU AL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES
“Presencia de síntomas de estrés”.	es el conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante estímulos repetidos,	✓ manifesta ciones físicas del estrés		✓ taquicardia y/o sudoración a 10 cuabras o menos de llegar a la institución de trabaj ✓ hambre exesivo al

	<p>como por ejemplo el frío, el miedo, la alergia, etc</p>	<p>✓ Manifestaciones psíquicas del estrés</p>		<p>ingreso al servicio que se traduce en aumento de peso</p> <p>✓ estados de anorexia en el servicio que se traduce en pérdida de peso.</p> <p>✓ depresión al pensar en el trabajo o la profesión que se elige</p> <p>✓ pensar que no se vale nada, que nada me da alegría ni satisfacción</p>
--	--	---	--	--

				<p>profesional mente hablando</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ ansiedad al ingreso laboral</li><li>✓ pánico repentino al saber que debo salir de mi casa para ir a trabajar</li><li>✓ sentir vergüenza cuando alguien me pregunta a qué me dedico.</li><li>✓ Pensar constante mente en estudiar otra carrera para cambiar a una profesión mejor vista</li></ul>
--	--	--	--	--

				socialment e.
TIPO: Cualitativa compleja FUNCION: Dependiente  ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal				

VARIABLE:	DEFINICION CONCEPTU AL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES
"Antigüedad en el servicio".				se consignará la cantidad de años cumplidos de antigüedad de cada unidad de estudio y se agrupará en antigüedad menor a cinco años y en mayor a cinco años

TIPO:cuantitativa simple FUNCION:independiente  ESCALA DE MEDICIÓN: escala de intervalo, propia de las variables cuantitativas				

Por ser una investigación cuantitativa, se utilizará la técnica de encuesta, apoyada en dos instrumentos tipocuestionarios, uno destinado ala población que asiste a la institución (tanto pacientes y familiares) (población 1) del servicio a estudiar sobre la percepción que se tiene del rol de enfermería, y se utilizará una escala de opiniones tipo Likert.

El cuestionario destinado a la población que acude a la institución (familiares y pacientes) se referirá a una escala de opiniones referente a la opinión sobre la visión de enfermería, es decir, una escala Likert, que permite medir la opinión de un individuo e identifica el grado de acuerdo o desacuerdo, contiene preguntas definidas y de opción múltiple (ANEXO II)El otro destinado a los enfermeros para la recopilación de datos sobre la presencia de estrés y antigüedad (población 2);

Luego de pedir la autorización correspondiente, y de cumplimentar con el consentimiento informado, en lenguaje comprensible, con información necesaria. Se llevó a cabo una prueba piloto en ambas poblaciones a estudiar, mediante los formularios de encuesta, ambos convalidados en estudios precedentes (Romero, 2019) .Esto se realizó para

controlar la validez interna que evalúa la inestabilidad del instrumento, los resultados de la prueba piloto pueden valorarse en el presente trabajo (ANEXO IV)

Se tendrán en cuenta todos los principios éticos, acorde al principio de beneficencia, “sobre todo no dañar”, a fin de que la población no esté expuesta a daños físicos ni psíquicos, se asegurará a los participantes, que se mantendrá la confidencialidad. Asimismo, se mantendrá durante toda la investigación el principio de respeto a la dignidad humana, que implica el derecho a la autodeterminación y a la información completa (consentimiento informado), se respetará el derecho de los participantes a decidir si participan o no en el estudio, si quieren retirarse, o rehusarse a dar información. Se dará un trato justo, acorde al principio de justicia, y se preservará la intimidad.

#### **Persona a cargo de la recolección de los datos:**

Será el investigador el encargado de llevar a cabo la recolección de datos.

#### **Plan de análisis:**

El análisis será multivariado, se describirán como se relacionan las tres variables, es decir, si a mayor percepción errónea del rol de enfermería, mayor presencia de síntomas de estrés. Y que la antigüedad mayor a cinco años predispone a la presencia de síntomas de estrés. Al ser una investigación de abordaje cuantitativo, se aplicará estadística descriptiva través de la medida de tendencia central, se utilizará la mediana que se define como el punto medio que divide una escala numérica del tal modo que las dos mitades sean iguales, para poder analizar los datos según el nivel de medición de variables, además de poder describir y sintetizar los datos. La estadística descriptiva será de tipo ordinal, porque ambas variables son cualitativas, para su orden y clasificación. Se utilizarán gráficos de barras simples. Los datos se volcarán en el programa estadístico Epidat para ser analizados y procesados. La reconstrucción de variables cualitativas será mediante la escala de Likert que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de juicios o afirmaciones.

Percepción sobre el rol de enfermería: Medición nominal, se le asignara los siguientes puntajes a las respuestas:

1. Percepción errónea completamente. 5 puntos
2. Percepción bastante errónea. 4 puntos
3. Percepción medianamente errónea. 3 puntos
4. Percepción un poco errónea. 2 puntos
5. Percepción nada errónea. 1 punto

Se logra en cada pregunta un máximo de cinco puntos y un mínimo de un punto. Lo que hace en las cinco opiniones erróneas expresadas en el instrumento, extraídas de un instrumento validado, un máximo total de 25 puntos y un mínimo de cinco puntos.

Si el puntaje total es 13 o más, la opinión de la población sobre el rol de enfermería es erróneo, si tiene un puntaje de 12 o menos no lo es.

Variable presencia de síntomas de estrés:

Medición en escala nominal, es decir, se indentificará si hay o no hay presencia de síntomas de estrés, también mediante la utilización de un instrumento validado para la medición del estrés laboral.

Por cada respuesta SI, se asignará un punto, logrando la totalidad máxima de 9 puntos y mínima de cero puntos, siendo el puntaje cinco o más el que indica la presencia de síntoma de estrés.

Luego mediante gráfica de barras se indicará qué porcentaje de la población presenta presencia de síntomas de estrés y que porcentaje no los presenta.

Variable antigüedad:

Escala de intervalo: Se agruparán en porcentajes mediante gráfica circular, personal mayor a cinco años, y menor a cinco años

**Plan de trabajo y cronograma de actividades: año 2021**

Se necesitará contar con una caja de mil pesos para impresiones de formularios y viáticos.

Actividades	Tiempo 2021	
-------------	-------------	--

	Enero	febrero y Marzo	Abril y Mayo	Junio y Julio	Agosto y Septiembre	Octubre y Noviembre	Diciembre
Recolección de datos							
Tabulación de los datos							
Análisis e interpretación de los datos							
Elaboración de la discusión							
Elaboración de la conclusión							
Redacción del informe final							
Difusión de los resultados							

# ANEXOS

## ANEXO I

### ESTUDIO EXPLORATORIO DEL SITIO

1. ¿La institución autoriza la recolección de datos para la investigación?
2. ¿Cuántos enfermeros integran el servicio a estudiar?
3. ¿Con cuántos pisos cuenta el servicio?
4. ¿Cuántos pacientes se atienden por turno por cada enfermero?
5. ¿Qué nivel de complejidad tiene la institución?
6. ¿Cuál es la antigüedad de cada uno de los enfermeros?
7. ¿Poseen doble empleo?
8. ¿De cuántas horas se componen cada turno?
9. ¿Cómo es el sistema de francos en la institución?
10. ¿La institución dispone de espacios donde el personal pueda expresar algún malestar?
11. ¿se realizan evaluaciones al personal?
12. De ser afirmativo lo anterior ¿cada cuánto?

13. ¿se realizan capacitaciones al personal?
14. De ser afirmativo lo anterior ¿Cada cuánto?
15. ¿Hay espacios adecuados para el funcionamiento de las actividades?
16. ¿Hay un clima laboral estable?
17. ¿hay distintos niveles de formaciones en el plantel de enfermería?
18. ¿la comunidad está dispuesta a participar de la investigación (pacientes y familiares)?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad  
Nacional de Rosario, certifica que SORIA CINTIA CAROLINA  
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de  
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos  
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en  
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos  
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,  
Provincia de Santa Fe, a los 7/11/2020

Nores, Rosana

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804569  
www.fmedic.unr.edu.ar

Ricardo De La Rosa  
MIL 2329  
ENFERMERO JEFE GUARDIA ADULTO  
HOSPITAL ROQUE SAENZ PEÑA

## ANEXO II

### **Cuestionario: Percepción sobre la profesión de enfermería**

Encierre con un círculo el número correcto en cada expresión:

- 1-Si esta de acuerdo completamente
- 2-Si esta bastante de acuerdo
- 3-Si esta medianamente de acuerdo
- 4-Si esta un poco de acuerdo
- 5-Si no esta nada de acuerdo

- El enfermero/a es ayudante del médico. 1-2-3-4-5
- El enfermero/a no tiene conocimiento suficiente sobre salud. 1-2-3-4-5
- El enfermero/a tiene el menor rango en salud. 1-2-3-4-5
- Las tareas de enfermería no tienen autonomía alguna de la decisión del médico. 1-2-3-4-5
- Las tareas que realiza enfermería son simples, que las puede hacer cualquiera, solo higiene. 1-2-3-4-5

### **Cuestionario para el personal de enfermería:**

Indique su antigüedad laboral en años:

Encierre con un círculo la respuesta correcta

- ¿Ha experimentado taquicardia y sudoración a 10 cuerdas o menos de llegar a la institución de trabajo? SI- NO
- ¿Ha experimentado hambre excesivo al ingreso al servicio o estados de anorexia en el servicio que se traducen en aumento o pérdida de peso?SI-NO
- ¿Ha experimentado depresión al pensar en el trabajo o la profesión que elegimos? SI-NO
- ¿Ha pensado que pensar que no vale nada? SI-NO
- ¿Nada le da alegría ni satisfacción profesionalmente hablando? SI- NO
- ¿Ha tenido ansiedad al ingreso laboral? SI-NO
- ¿Ha tenido pánico repentino al saber que debe salir de su casa para ir a trabajar? SI-NO

- ¿Ha sentido vergüenza cuando alguien le pregunta a qué se dedica?  
SI-NO
- ¿Piensa constantemente en estudiar otra carrera para cambiar a una profesión mejor vista socialmente? SI-NO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/La autor/a del presente proyecto de investigación...(nombre y apellido).....DNI.Nº.....  
.....tel nº....., solicita su colaboración para acceder a responder el cuestionario, la cual ofrece importante información para llevar a cabo el estudio que tiene como objetivo general de Analizar la relación que existe entre la percepción sobre el rol de enfermería que tiene la población que asiste a la institución en una institución pública y la presencia de síntomas de estrés en los enfermeros y las enfermeras, según antigüedad en el servicio de una institución pública de salud en la ciudad de Rosario en el año 2021. Con el propósito de realizar charlas informativas a la comunidad con la finalidad de otorgar información suficiente sobre el rol actual de enfermería.

Tenga presente que en cualquier momento Ud. Tiene derecho de dejar de participar cuando así lo desee. De acuerdo a la Ley 25326, se garantiza la confidencialidad de los resultados y el anonimato de toda la información que se brinde.

Se agradece gratamente su colaboración y participación en el estudio

A continuación, luego de recibir la información pertinente y habiendo comprendido mis derechos... acepto participar de dicho estudio sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza y en conocimiento de que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito al responsable del mismo. Dejo constancia que recibo los datos del autor del proyecto para localizarlo ante cualquier inquietud.

Fecha:

Firma:.....

### ANEXO III

RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPLORATORIO.

El relevamiento de datos fue llevado a cabo en un hospital público de la zona sur, previa la autorización del jerárquico correspondiente. El hospital tiene una unidad de cuidados mínimos, cuyos enfermeros hacen turnos de seis horas de manera rotativa, la mayoría del personal tiene más de un año de antigüedad.

El efector reunió las características necesarias para llevar a cabo el protocolo.

La institución autorizó la recolección de datos, 30 enfermeros integran el servicio, cuenta con dos pisos de internación de adulto, cada enfermero atiende de cinco a siete pacientes, es un servicio de baja complejidad, la antigüedad de los enfermeros oscila entre los 6 meses a diez años, algunos poseen doble empleo, realizan 120 horas mensuales y horas extras, se dispone de espacios donde se puedan expresar malestares y se realizan evaluaciones al personal de forma semestral, también capacitaciones SOS, el clima laboral es estable. El plantel tiene diferentes niveles de formaciones que va desde enfermero profesional a magister en enfermería. La comunidad esta dispuesta a participar de la investigación.

#### **ANEXO IV**

## RESULTADO DE LA PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto, previo consentimiento informado, a cuatro enfermeros que reunían los requisitos de las unidades de estudio para la aplicación del instrumento de medición de presencia de síntomas de estrés; y a cinco pacientes y familiares a quienes se les aplicó la escala Likert. Ninguno tuvo problema para interpretar y responder los instrumentos mencionados

## Bibliografía

- Agudelo. (2019). enfermería en america latina, recopilación bibliografica Administración en enfermería, UNR
- Alfonso, I. (2002): "El delito. Una aproximación a su representación social en adolescentes y jóvenes". Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.
- Banchs, M. A. (1990): "Las representaciones sociales: sugerencias sobre una alternativa teórica y un rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica", en "Aportes críticos a la Psicología en América Latina". Editorial Universidad de Guadalajara, México.
- Cabrera, M. A. (2004): "El diseño soy yo. Una propuesta desde las representaciones sociales". Tesis de maestría. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
- Columbié, L. I. (2000): "Representación social del SIDA. Aproximación a su estudio en mujeres con conducta sexual de riesgo". Tesis de maestría. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
- Cárdenas. (2017). Nacimiento de la teoría del estrés. editorial Astrada, Madrid.
- De la Incera, N. (2000): "Un estudio de la representación social del dirigente y del gerente y empresario". Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.
- Guerra, G.; Trejo, Z. (1996): "El SIDA en Cuba: una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales". Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.
- Ibáñez, T. (1988): "Ideologías de la Vida Cotidiana". Editorial Sendai, Barcelona. España.

- Jodelet, D. (1988): “La representación social: fenómeno, concepto y teoría”, en Moscovici, S., “Psicología Social II”. Editorial Paidós, Barcelona. España.
- Martín, C.; Perera, M. y cols. (2001): “Representaciones sociales de la vida cotidiana en Cuba”. Revista Cubana de Psicología, Vol. 18, No. 1.
- Mesa, M. (2000): “Representación social de la Salud”. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.
- Mora, M. (2002): “La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici”. Athenea Digital, No. 2, otoño 2002
- Morales-Fundora, S. (2001): “El negro y su representación social: un estudio de aproximación en los grupos de la estructura social urbana actual”. Ensayo. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
- Organización mundial de la salud. (2020). Ansiedad y estrés en la actualidad.
- Páez, D. y cols. (1987): “Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social”. Editorial Fundamentos, Madrid. España.
- Perera, M. (1999): “A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad”. Informe de investigación. CIPS. La Habana.
- Riviere, Pichon. (2015). representaciones sociales. UBA, Argentina
- Romero. (2019, PÁG 121). enfermería en Europa. Madrid, Barcelona.
- Selye, H. (1960). La tensión en la vida. Buenos Aires, Argentina: Cía. Gral. Fabril.
- Tobeña, A. (1997). El estrés dañino. Madrid: Aguilar.
- Trujillo, H. M., Oviedo-jokes, E. & Vargas, C. (2001). Avances en psiconeuroinmunología. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 1, 413-474.
- Turcotte, P. (1986). Calidad de vida en el trabajo: Antiestrés y creatividad. México, D.F.: Trillas.

- Universidad de Madrid y de Barcelona, Cáceres, Romero. (2019). enfermería en Europa. Madrid, Barcelona.
- Valdés, M. & Flores, T. (1990). Psicobiología del estrés (2a ed. Actual.). Barcelona: Martínez Roca.
- vargas. (2016). enfermeria contemporanea.
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. In J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.), Manual de Modificación de conducta (pp. 229-264). Madrid: Alhambra.
- Vilaca, Eugenio. (2019). enfermeria en america
- Wolpe, J. (1958). Neurosis. In W. Arrol, H. J. Eysenck & R. Meili (Eds.), Diccionario de psicología (pp. 404-408). Madrid: Ediciones Rioduero.



