RESUMO EXPANDIDO - V. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM E OS SISTEMAS DE SAÚDE

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN FASE TERMINAL RESPECTO AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Jennifer Mariana Ortiz Romero (mariamnjeenn@gmail.com)

María Del Pilar Sosa Rosas (soosa99@yahoo.com)

Representaciones sociales de los pacientes con cáncer en fase terminal respecto al cuidado de enfermería.

Introducción

El cáncer constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer estimó para 2022 aproximadamente 20 millones de casos nuevos y 9,7 millones de defunciones, consolidándolo como problema de salud pública prioritario (IARC, 2022). En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ubica al cáncer entre las primeras cinco causas de muerte, con carga creciente asociada al envejecimiento poblacional (INEGI, 2023).

En el cáncer terminal, el sufrimiento físico, emocional y existencial trasciende el manejo médico. El dolor incontrolado, la pérdida de autonomía, la proximidad a la muerte generan necesidades complejas que demandan que los cuidados en enfermería integren dimensiones humanas, relacionales y simbólicas. A pesar de los avances en cuidados paliativos, persiste un vacío de conocimiento respecto a cómo los propios pacientes terminales perciben, interpretan y significan el cuidado que reciben (Basile et al., 2024).

Las representaciones sociales construidas por pacientes oncológicos en fase terminal no han sido suficientemente exploradas en el contexto de instituciones oncológicas en México. Hermosilla et al. (2020) señalaron, en el contexto latinoamericano, la ausencia de cercanía entre enfermería y el paciente como hallazgo central en estudios fenomenológicos sobre cuidado humanizado, subrayando la urgencia de explorar esta relación desde la perspectiva del paciente.

La Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) de Moscovici (1979) ofrece un marco teórico pertinente para explorar estas construcciones de sentido, permitiendo identificar el contenido discursivo, los mecanismos de anclaje y objetivación, y las funciones orientadoras, justificadoras e identitarias de las representaciones sociales en cuidados de enfermería.

Objetivo

Comprender y analizar las representaciones sociales de los pacientes con cáncer en fase terminal respecto al cuidado de enfermería durante su proceso de atención.

Método

Estudio cualitativo hermenéutico, sustentado en la TRS de Moscovici (1961). Diseño exploratorio y descriptivo orientado a la comprensión de las representaciones sociales que los participantes atribuyen al cuidado de enfermería desde sus dimensiones simbólicas, estructurales y funcionales. Se realizó un pilotaje a pacientes con atención en instituciones especializadas en atención oncológica y cuidados paliativos en México.

La presente fase corresponde a tres unidades de análisis: 1C, 1P y 1R, seleccionadas mediante criterios de inclusión: pacientes adultos con diagnóstico oncológico terminal, capacidad para comunicarse verbalmente y aceptación voluntaria mediante consentimiento informado. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas individuales en un ambiente de privacidad y comodidad emocional, orientadas a explorar el significado del cuidado de enfermería, las experiencias más valoradas, las expectativas para el final de la vida y la representación simbólica del cuidado paliativo.

El análisis siguió las tres fases de Bardin (2011): (1) preanálisis mediante lectura flotante, selección del corpus y formulación de hipótesis analíticas; (2) codificación y categorización inductiva de fragmentos discursivos, con verificación de saturación intraparticipante; y (3) tratamiento, inferencia e

interpretación mediante análisis frecuencial para identificar el núcleo central y los elementos periféricos, triangulado con los referentes teóricos del protocolo. El rigor científico se sustentó en los criterios de Lincoln y Guba (1985): credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

Resultados

Del análisis emergieron siete categorías iniciales (CI-1 a CI-7) que estructuran las representaciones sociales del cuidado de enfermería en cuatro dimensiones:

Dimensión técnico-profesional (CI-1). El control del dolor es representado como la función primaria del cuidado de enfermería y la condición habilitante de cualquier otra dimensión del bienestar. Su ausencia invalida simbólicamente el resto del cuidado. Los participantes articulan la competencia técnica del control de síntomas como el fundamento sobre el que se construye la confianza en la enfermera: "Lo más importante… me quitan el chingado dolor" (1R); "Para mí, si yo tengo dolor, no puedo dormir, no puedo comer, no puedo estar a gusto" (1P).

Dimensión afectivo-relacional (CI-2, CI-3, CI-4). La presencia es representada como acto terapéutico independiente del procedimiento técnico. Cinco minutos de presencia genuina tienen el mismo valor simbólico que una intervención clínica. La comunicación terapéutica, el saludo personalizado, el contacto visual, la escucha activa, la validación emocional, es el acto de reconocimiento de la persona. La dignidad no es abstracta: se construye o se vulnera en actos cotidianos del cuidado. Los participantes señalan que la fase terminal no suspende la dignidad; la intensifica: "Todavía estoy aquí, señorita" (1C).

Dimensión simbólica (CI-5). Los participantes construyen representaciones simbólicas afectivamente cargadas mediante los procesos de objetivación descritos por Moscovici. 1C utiliza símbolos de rol: la enfermera como pilar, como amiga, como acompañante en un camino difícil. 1R construye símbolos sensoriales: el azul del amanecer, el solecito de la mañana, la mano tendida que sostiene sin cargar. Estas imágenes constituyen el núcleo figurativo de la representación social: "su llegada es como el solecito de la mañana" (1R).

Dimensión crítica/funcional (CI-6, CI-7). El cuidado deficiente es representado no como incompetencia técnica sino como déficit relacional: la no presencia genuina, aunque la enfermera esté físicamente presente. Los participantes ejercen crítica contextualizada comprendiendo la sobrecarga laboral, pero sin

aceptarla como justificación. La percepción de cuidado distante genera un círculo de silencio: el paciente inhibe sus demandas para no molestar. En contraste, el cuidado íntegro y personalizado opera como resignificación de los cuidados paliativos: de sinónimo de muerte a espacio de calidad de vida y dignidad.

Consideraciones preliminares

Las representaciones sociales del cuidado de enfermería en la fase terminal se estructuran en torno a un núcleo central compuesto por tres elementos inseparables: el control del dolor como condición habilitante del cuidado, la presencia terapéutica como acto de reconocimiento de la persona y la dignidad como eje articulador de toda la experiencia paliativa. La competencia técnica es necesaria pero no suficiente: un cuidado procedimentalmente correcto pero despersonalizado no genera representaciones de buen cuidado. La técnica es la base, no el techo, de los cuidados paliativos.

Los hallazgos preliminares evidencian la necesidad de fortalecer prácticas paliativas especializadas centradas en la persona que integren el control de síntomas con la presencia, la comunicación terapéutica y el reconocimiento de la dignidad humana en el final de la vida. La representación del cuidado tiene una función reguladora de la conducta de los participantes: el cuidado humanizado habilita la demanda de atención, mientras el cuidado distante la inhibe.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo. Trabajo de investigación de tesis de maestría, Programa de Maestría y Doctorado en Enfermería, UNAM.

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. . International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon: IARC/WHO; 2022 [consultado 2026 may]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today

2. World Health Organization. Cancer [Internet]. Ginebra: WHO; 2022 [consultado 2026 may]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de mortalidad [Internet]. México: INEGI; 2023 [consultado 2026 may]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad

4. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Finetti NM, traductora. Buenos Aires: Huemul; 1961-1979.

5. Bardin, L. (2011). L'analyse de contenu (2.a ed.). Presses Universitaires de France.

Social representations of patients with terminal cancer regarding nursing care.

Introduction

Cancer is one of the main causes of morbidity and mortality worldwide. The International Agency for Research on Cancer estimated approximately 20 million new cases and 9.7 million deaths for 2022, consolidating it as a priority public health problem (IARC, 2022). In Mexico, the National Institute of Statistics and Geography places cancer among the top five causes of death, with a growing burden associated with population aging (INEGI, 2023).

In terminal cancer, physical, emotional, and existential suffering transcends medical management. Uncontrolled pain, loss of autonomy, and proximity to death generate complex needs that demand that nursing care integrate human, relational, and symbolic dimensions. Despite advances in palliative care, there is still a knowledge gap regarding how terminally ill patients themselves perceive, interpret, and signify the care they receive (Basile et al., 2024).

The social representations constructed by cancer patients in the terminal phase have not been sufficiently explored in the context of cancer institutions in Mexico. Hermosilla et al. (2020) pointed out, in the Latin American context, the absence of closeness between nursing and the patient as a central finding in phenomenological studies on humanized care, underscoring the urgency of exploring this relationship from the patient's perspective.

Moscovici's (1979) Theory of Social Representations (SRT) offers a pertinent theoretical framework to explore these constructions of meaning, allowing the identification of the discursive content, the anchoring and objectification mechanisms, and the guiding, justifying and identifying functions of social representations in nursing care.

Objective

To understand and analyze the social representations of patients with terminal cancer regarding nursing care during their care process.

Method

A qualitative hermeneutical study, based on Moscovici's SRT (1961). Exploratory and descriptive design aimed at understanding the social representations that participants attribute to nursing care from its symbolic, structural and functional dimensions. A pilot was carried out on patients with care in institutions specialized in cancer care and palliative care in Mexico.

This phase corresponds to three units of analysis: 1C, 1P and 1R, selected according to inclusion criteria: adult patients with a terminal cancer diagnosis, ability to communicate verbally and voluntary acceptance through informed consent. Individual semi-structured interviews were applied in an environment of privacy and emotional comfort, aimed at exploring the meaning of nursing care, the most valued experiences, expectations for the end of life, and the symbolic representation of palliative care.

The analysis followed the three phases of Bardin (2011): (1) pre-analysis by floating reading, selection of the corpus and formulation of analytical hypotheses; (2) inductive coding and categorization of discursive fragments, with verification of intra-participant saturation; and (3) treatment, inference, and interpretation by frequency analysis to identify the central core and peripheral elements, triangulated with the theoretical referents of the protocol. Scientific rigor was based on the criteria of Lincoln and Guba (1985): credibility, transferability, dependence, and confirmability.

Results

Seven initial categories (IC-1 to IC-7) emerged from the analysis that structure the social representations of nursing care in four dimensions:

Technical-professional dimension (CI-1). Pain control is represented as the primary function of nursing care and the enabling condition of any other

dimension of well-being. Their absence symbolically invalidates the rest of the care. Participants articulate the technical competence of symptom control as the foundation on which trust in nurses is built: "The most important thing... they take away my pain" (1R); "For me, if I am in pain, I cannot sleep, I cannot eat, I cannot be comfortable" (1P).

Affective-relational dimension (IQ-2, IQ-3, IQ-4). Presence is represented as a therapeutic act independent of the technical procedure. Five minutes of genuine presence have the same symbolic value as a clinical intervention. Therapeutic communication, personalized greeting, eye contact, active listening, emotional validation, is the act of acknowledging the person. Dignity is not abstract: it is constructed or violated in everyday acts of care. Participants point out that the terminal phase does not suspend dignity; he intensifies it: "I'm still here, miss" (1C).

Symbolic dimension (CI-5). The participants construct affectively charged symbolic representations through the processes of objectification described by Moscovici. 1C uses role symbols: the nurse as a pillar, as a friend, as a companion on a difficult path. 1R builds sensory symbols: the blue of dawn, the sun of the morning, the outstretched hand that holds without carrying. These images constitute the figurative core of social representation: "their arrival is like the morning sun" (1R).

Critical/functional dimension (CI-6, CI-7). Deficient care is represented not as technical incompetence but as a relational deficit: the genuine non-presence, even though the nurse is physically present. Participants exercise contextualized criticism by understanding work overload, but without accepting it as a justification. The perception of distant care generates a circle of silence: the patient inhibits their demands so as not to disturb. In contrast, comprehensive and personalized care operates as a resignification of palliative care: from a synonym for death to a space for quality of life and dignity.

Preliminary considerations

The social representations of nursing care in the terminal phase are structured around a central nucleus composed of three inseparable elements: pain control as an enabling condition for care, therapeutic presence as an act of recognition of the person, and dignity as the articulating axis of the entire palliative experience. Technical competence is necessary but not sufficient: procedurally correct but depersonalized care does not generate representations of good care. Technique is the basis, not the ceiling, of palliative care.

Preliminary findings highlight the need to strengthen specialized person-centered palliative practices that integrate symptom control with presence, therapeutic communication, and recognition of human dignity at the end of life. The representation of care has a regulatory function of the participants' behavior: humanized care enables the demand for attention, while distant care inhibits it.

Funding: This study did not receive external funding. Master's thesis research work, Master's and Doctorate Program in Nursing, UNAM.

Declaration of conflicts of interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

1. . International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon: IARC/WHO; 2022 [accessed 2026 May]. Available in: https://gco.iarc.fr/today

2. World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [accessed 2026 May]. Available in: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

3. National Institute of Statistics and Geography. Mortality statistics [Internet]. Mexico: INEGI; 2023 [accessed 2026 May]. Available in: https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad

4. Moscovici S. Psychoanalysis, its image and its public. Finetti NM, translator. Buenos Aires: Huemul; 1961-1979.

5. Bardin, L. (2011). L'analyse de contenu (2nd ed.). Presses Universitaires de France.

Representações sociais de pacientes com câncer terminal em relação ao cuidado de enfermagem.

Introdução

O câncer é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo todo. A Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer estimou aproximadamente 20 milhões de novos casos e 9,7 milhões de mortes para

2022, consolidando-o como um problema prioritário de saúde pública (IARC, 2022). No México, o Instituto Nacional de Estatística e Geografia coloca o câncer entre as cinco principais causas de morte, com um aumento do peso associado ao envelhecimento populacional (INEGI, 2023).

No câncer terminal, o sofrimento físico, emocional e existencial transcende o manejo médico. Dor descontrolada, perda de autonomia e proximidade à morte geram necessidades complexas que exigem que o cuidado de enfermagem integre dimensões humanas, relacionais e simbólicas. Apesar dos avanços nos cuidados paliativos, ainda existe uma lacuna de conhecimento sobre como os próprios pacientes com doenças terminais percebem, interpretam e significam o cuidado que recebem (Basile et al., 2024).

As representações sociais construídas por pacientes com câncer na fase terminal não foram suficientemente exploradas no contexto das instituições oncológicas no México. Hermosilla et al. (2020) apontaram, no contexto latino-americano, a ausência de proximidade entre a enfermagem e o paciente como um achado central nos estudos fenomenológicos sobre cuidados humanizados, ressaltando a urgência de explorar essa relação sob a perspectiva do paciente.

A Teoria das Representações Sociais (SRT) de Moscovici (1979) oferece um arcabouço teórico pertinente para explorar essas construções de significado, permitindo a identificação do conteúdo discursivo, dos mecanismos de ancoragem e objetificação, e as funções orientadoras, justificativas e identificadoras das representações sociais no cuidado de enfermagem.

Objetivo

Compreender e analisar as representações sociais dos pacientes com câncer terminal em relação ao cuidado de enfermagem durante seu processo de cuidado.

Método

Um estudo hermenêutico qualitativo, baseado no SRT de Moscovici (1961). Design exploratório e descritivo visava compreender as representações sociais que os participantes atribuem ao cuidado de enfermagem a partir de suas dimensões simbólicas, estruturais e funcionais. Um piloto foi realizado em pacientes com cuidados em instituições especializadas em cuidados oncológicos e cuidados paliativos no México.

Esta fase corresponde a três unidades de análise: 1C, 1P e 1R, selecionadas segundo critérios de inclusão: pacientes adultos com diagnóstico de câncer terminal, capacidade de comunicação verbal e aceitação voluntária por consentimento informado. Entrevistas individuais semiestruturadas foram aplicadas em um ambiente de privacidade e conforto emocional, com o objetivo de explorar o significado do cuidado de enfermagem, as experiências mais valorizadas, as expectativas para o fim da vida e a representação simbólica dos cuidados paliativos.

A análise seguiu as três fases de Bardin (2011): (1) pré-análise por leitura flutuante, seleção do corpus e formulação de hipóteses analíticas; (2) codificação indutiva e categorização de fragmentos discursivos, com verificação da saturação intra-participante; e (3) tratamento, inferência e interpretação por análise de frequência para identificar os elementos centrais e periféricos, triangulados com os referentes teóricos do protocolo. O rigor científico baseou-se nos critérios de Lincoln e Guba (1985): credibilidade, transferibilidade, dependência e confirmabilidade.

Resultados

Sete categorias iniciais (IC-1 a IC-7) emergiram da análise que estruturam as representações sociais do cuidado de enfermagem em quatro dimensões:

Dimensão técnico-profissional (CI-1). O controle da dor é representado como a função principal do cuidado de enfermagem e a condição facilitadora de qualquer outra dimensão do bem-estar. A ausência deles invalida simbolicamente o restante do cuidado. Os participantes articulam a competência técnica do controle de sintomas como a base sobre a qual se constrói a confiança nos enfermeiros: "A coisa mais importante... eles tiram minha dor" (1R); "Para mim, se estou com dor, não consigo dormir, não posso comer, não posso ficar confortável" (1P).

Dimensão afetivo-relacional (QI-2, QI-3, QI-4). A presença é representada como um ato terapêutico independente do procedimento técnico. Cinco minutos de presença genuína têm o mesmo valor simbólico de uma intervenção clínica. Comunicação terapêutica, cumprimento personalizado, contato visual, escuta ativa, validação emocional, é o ato de reconhecer a pessoa. A dignidade não é abstrata: ela é construída ou violada em atos cotidianos de cuidado. Os participantes apontam que a fase terminal não suspende a dignidade; ele intensifica: "Ainda estou aqui, senhorita" (1C).

Dimensão simbólica (CI-5). Os participantes constroem representações simbólicas afetivamente carregadas por meio dos processos de objetificação descritos por Moscovici. O 1C usa símbolos de papéis: a enfermeira como pilar, como amiga, como companheira em um caminho difícil. 1R constrói símbolos sensoriais: o azul do amanhecer, o sol da manhã, a mão estendida que segura sem carregar. Essas imagens constituem o núcleo figurativo da representação social: "sua chegada é como o sol da manhã" (1R).

Dimensão crítica/funcional (CI-6, CI-7). O cuidado deficiente é representado não como incompetência técnica, mas como um déficit relacional: a genuína ausência de presença, mesmo que a enfermeira esteja fisicamente presente. Os participantes exercem críticas contextualizadas ao entender a sobrecarga de trabalho, mas sem aceitá-la como justificativa. A percepção de cuidado distante gera um círculo de silêncio: o paciente inibe suas exigências para não perturbar. Em contraste, o cuidado abrangente e personalizado funciona como uma resignificação dos cuidados paliativos: de sinônimo de morte para um espaço de qualidade de vida e dignidade.

Considerações preliminares

As representações sociais do cuidado de enfermagem na fase terminal são estruturadas em torno de um núcleo central composto por três elementos inseparáveis: controle da dor como condição habilitadora para o cuidado, presença terapêutica como ato de reconhecimento da pessoa e dignidade como eixo articulador de toda a experiência paliativa. Competência técnica é necessária, mas não suficiente: o cuidado processualmente correto, mas despersonalizado, não gera representações de bom cuidado. A técnica é a base, não o teto, dos cuidados paliativos.

Os achados preliminares destacam a necessidade de fortalecer práticas paliativas centradas na pessoa especializadas, que integrem controle dos sintomas com presença, comunicação terapêutica e reconhecimento da dignidade humana no final da vida. A representação do cuidado tem uma função regulatória do comportamento dos participantes: o cuidado humanizado possibilita a demanda por atenção, enquanto o cuidado distante a inibe.

Financiamento: Este estudo não recebeu financiamento externo. Trabalho de pesquisa com tese de mestrado, Mestrado e Doutorado em Enfermagem, UNAM.

Declaração de conflitos de interesse: Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Referências

1. . Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer. Observatório Global do Câncer: Câncer Hoje [Internet]. Lyon: IARC/OMS; 2022 [acessado em maio de 2026]. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today

2. Organização Mundial da Saúde. Câncer [Internet]. Genebra: OMS; 2022 [acessado em maio de 2026]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

3. Instituto Nacional de Estatística e Geografia. Estatísticas de mortalidade [Internet]. México: INEGI; 2023 [acessado em maio de 2026]. Disponível em: https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad

4. Moscovici S. Psicanálise, sua imagem e seu público. Finetti NM, tradutor. Buenos Aires: Huemul; 1961-1979.

5. Bardin, L. (2011). L'analyse de contenu (2ª ed.). Presses Universitaires de France.

Palavras-chave: representaciones sociales; cáncer terminal; cuidados paliativos; cuidados de enfermería; muerte digna.