

LA PROFESIÓN ENFERMERA EN EL EJÉRCITO Y EN LA AERONÁUTICA ESPAÑOLA (1855-1931). UNA REVISIÓN SOBRE EL ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

**THE NURSING PROFESSION IN THE SPANISH ARMY AND AERONAUTICS
BETWEEN 1855 AND 1931. A BIBLIOGRAPHIC REVIEW.**

Emilio Rubén Pego Pérez, Isidoro Rodríguez Pérez, María Lourdes Bermello López

Universidad Santiago de Compostela

Pego Pérez, E., Rodríguez Pérez, I., & Bermello López, M. (2023). LA PROFESIÓN ENFERMERA EN EL EJÉRCITO Y EN LA AERONÁUTICA ESPAÑOLA (1855-1931) Consultado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/2814>

RECIBIDO: Agosto 2023
ACEPTADO: Noviembre 2023

Resumen

Introducción: La asistencia a los heridos en el campo de combate crea la necesidad de integrar de una manera razonada la medicina, la táctica militar y la enfermería, consistiendo esta última en la administración de cuidados prehospitalarios, procedimientos quirúrgicos y estabilización de los heridos.

Objetivo: determinar las principales funciones de la profesión enfermera en el Ejército y la Aeronáutica Españolas entre 1855 y 1931.

Material y método: se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales bases de datos y motores de búsqueda científicos, así como de bibliotecas especializadas en historia de la enfermería. Los criterios de inclusión han sido: documentos que analizasen las funciones de los practicantes, enfermeros y enfermeras militares; así como su rango y escalafón.

Resultados: a partir del año 1855 con la organización de la Escala Facultativa, la figura de practicante militar deja de ser una figura destinada a ser un futuro médico para incorporar funciones y responsabilidades propias. La Guerra de Marruecos implicó que la logística militar se especializase, creando aeronaves para tácticas militares con la apertura del aeródromo de Cuatro Vientos (Madrid) en 1911 y realizando la primera misión

de aeroevacuación española en la misma Guerra del Rif en el año 1922. No sería hasta el año 1988 cuando la mujer se pudo incorporar al Ejército como militar profesional.

Conclusión: Los aportes del ejército y aeronáutica españolas a la profesión de enfermería radican principalmente en tres grandes campos, el ámbito extrahospitalario, el ámbito de la cirugía general y vascular y el campo de la traumatología.

Palabras clave: Historia; Historia de la Enfermería; Historia del Siglo XX; Hospitales Militares; Enfermería Militar; Aviación; Investigación en Enfermería.

Abstract

Background: Assistance to the wounded in the combat field creates the need to integrate medicine, military tactics and nursing in a reasoned manner, the latter consisting of the administration of prehospital care, surgical procedures and stabilization of the wounded.

Objective: to determine the main functions of the nursing profession in the Spanish Army and Aeronautics between 1855 and 1931.

Methods: A bibliographic review of the main scientific databases and search engines, as well as specialized libraries in the history of nursing, has been carried out. The inclusion criteria were: documents that analyzed the functions of military practitioners, nurses; as well as their rank and rank.

Results: Starting in 1855 with the organization of the Facultative Scale, the figure of military practitioner ceased to be a figure destined to be a future doctor to incorporate their own functions and responsibilities. The Moroccan War implied that military logistics specialized, creating aircraft for military tactics with the opening of the Cuatro Vientos aerodrome (Madrid) in 1911 and carrying out the first Spanish air evacuation mission in the same Rif War in 1922. It would not be until 1988 when the woman was able to join the Army as a professional soldier.

Conclusion: The contributions of the Spanish army and aeronautics to the nursing profession lie mainly in three lar-

ge fields: the extra-hospital field, the field of general and vascular surgery, and the field of traumatology.

Keywords: History; History of Nursing; History, 20th Century; Hospitals, Military; Military Nursing; Aviation; Nursing Research.

INTRODUCCIÓN

La Medicina de Combate (Medicina Operacional o Medicina Táctica) es una rama de la Medicina de Urgencias y Emergencias, aunque actualmente continúa en desarrollo (1). La asistencia a los heridos en el campo de combate crea la necesidad de integrar de una manera razonada la medicina, la enfermería y la táctica militar. Consistiendo en la administración de cuidados prehospitales, procedimientos quirúrgicos y estabilización de los heridos (2,3).

Sus orígenes se pueden remontar al año 1000 a.C. cuando Aquiles prestó auxilio vendando las heridas a sus compañeros durante la Guerra de Troya. En la época del Imperio Romano, se constituyeron sistemas organizados para la dispensación del cuidado, siendo el método más avanzado de la Edad Antigua. En la Edad Media los ejércitos no disponían de cuidados médicos adecuados y, la aparición de la pólvora en el S.XIV supuso un nuevo desafío para la medicina militar por la nueva morbilidad ocasionada. En 1476, durante la batalla de Toro emergió el concepto de Hospital Militar de Campaña, no siendo hasta la Revolución Francesa cuando el personal sanitario acudiría al lugar donde se encontraba el herido para realizar transporte en ambulancia y los primeros triajes (4).

La medicina de combate se iniciaría con la I Guerra Mundial (1914-1918) fundamentando la atención en los hospitales de campo y puestos de atención avanzada. Posteriormente, con la creación de las ambulancias, la medicina progresó adelantando la atención sanitaria a la misma línea de combate (3). En la Guerra Civil Española (1936-1939) surgió el método "Trueta" para el tratamiento de heridas y unos años más tarde, durante la II Guerra Mundial (1939-1945) tomaron presencia las transfusiones de plasma sanguíneo (4).

Paralelo a lo expuesto anteriormente, los conflictos bélicos no sólo ayudaron en el desarrollo de la medicina, sino que han sido fundamentales para el progreso de la enfermería moderna.

Inherente al desarrollo internacional, la medicina táctica en contexto español también adquirió significativos avances. En 1921, el médico militar Fidel Pagés Miravé empleó la técnica de la anestesia epidural. Por su parte, Santiago Ramón y Cajal contribuyó con sus estudios en neurociencia. Cabe destacar la expedición filantrópica de la vacuna de la viruela en el S.XIX o el empleo de los primeros sistemas isotérmicos de transporte de sangre para la realización de transfusiones y el uso de equipos de rayos X (5,6).

Por lo anteriormente mencionado, el objetivo principal de este trabajo es determinar las principales funciones de la profesión enfermera en el Ejército y la Aeronáutica Españolas entre 1855 y 1931.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se enmarca en la historia de la enfermería nacional. Para la realización de dicho proyecto se ha seleccionado como unidad funcional la familia y la religión y como elemento funcional el practicante, enfermero y enfermera militar, dentro del marco funcional de los Hospitales militares y de campaña.

El modelo que sostiene la metodología de trabajo de este manuscrito es el enfoque interpretativo o fenomenológico-hermenéutico, ya que pretende unificar el conocimiento acerca del objetivo a estudio a través del análisis y consenso de las fuentes históricas secundarias analizadas.

Con relación al método histórico, este trabajo se fundamenta en el método de síntesis a través del razonamiento histórico, empleando como herramienta el argumento de la mejor explicación.

Inicialmente se ha realizado una búsqueda preliminar en los principales buscadores de internet para obtener la

información disponible sobre el tema a tratar, así como diversas notas de prensa y tesis doctorales utilizando los términos “practicante militar”; “enfermero militar”, “enfermera militar” y “1855-1931”.

Tras ello, se ha realizado una revisión de fuentes históricas, que incluyeron una selección de libros, artículos y tesis relacionados con la temática.

En relación con las fuentes históricas, se consultaron diversos artículos de las principales plataformas científicas (Pubmed, Scielo, Cianhl y Scholar Google).

Se revisaron documentos de normativa y resoluciones del Diario Oficial, así como documentos de Real Orden.

Los criterios de inclusión han sido: documentos que analizasen las funciones de los practicantes, enfermeros y enfermeras militares; así como su rango y escalafón.

Los criterios de exclusión han sido: cédulas, provisiones, cartas, declaraciones, capitulaciones, licencias, peticiones, autos e informes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En España, durante el siglo XVIII, adquiría la denominación de practicante militar aquel alumno de una escuela de medicina o cirugía que se incorporaba al

Ejército durante una campaña, para ayudar a los cirujanos en los batallones o tareas del hospital y que terminados sus estudios se convertirían en médicos o cirujanos. Esta denominación se mantuvo hasta bien entrado el siglo XIX. En abril 1855 se organizó la Escala Facultativa atendiendo al Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar. En dicho reglamento, la del practicante dejó de ser considerada una figura transicional a un futuro médico para designar una profesión en sí misma.

Fue en septiembre de 1857, con la Ley de Instrucción Pública, cuando se dispuso la creación del título de practicante, incluyendo, en esta Ley, los conocimientos prácticos y teóricos que debían tener y que quedaron reglamentados en los años 1860 y 1861, destacando áreas como “el arte del vendaje y los apósitos, aplicación de sustancias blandas líquidas y gaseosas, practicar sangrías, vacunar, realizar perforación de orejas, técnicas de escarificación y ventosas y la aplicación al cutis de tópicos irritantes y cauterios o el arte del dentista y la pedicura” (7-11).

Los precedentes de La Guerra de Marruecos se remontaron a la Guerra de África, que dio comienzo en octubre de 1859, el año siguiente se organizó una compañía de Sanidad como base de las brigadas trasladadas al conflicto. Entre la

plantilla se encontraban 70 sanitarios para la asistencia inmediata de enfermos; cada compañía disponía de una sección de practicantes de medicina y cirugía y una de practicantes enfermeros.

En abril de 1908 se determinó que las clases e individuos de tropa llevarían el emblema en metal de la sección de medicina: dos ramas de olivo entrelazadas y entre ellas la cruz de Malta; además debían llevar en el brazo izquierdo un distintivo formado por dos ramas de olivo cruzadas y bordadas en estambre, de color amarillo o blanco, según fueran practicantes de medicina o enfermeros respectivamente (7-11). Recordemos que todo el personal incorporado era solamente masculino.

El inicio de la aviación sanitaria en España se ha establecido en el año 1911 con la inauguración del aeródromo militar de Cuatro Vientos (Madrid) y con la creación del primer curso de pilotos militares. Este hecho implicó un nuevo nicho para la atención sanitaria militar, debido a problemas propios de la aviación como el mal de altura o los accidentes derivados de los mismos (7-15).

En mayo de 1913 se publicó la plantilla del servicio de la aeronáutica militar que no contemplaba personal sanitario y a partir de ese mismo año, la aviación militar española participó acti-

vamente en la guerra de Marruecos hasta el 1927. A lo largo del conflicto comenzarán a caer los primeros heridos, realizando su atención tres figuras clave, médico, practicante de medicina y enfermero. El enfermero era definido como aquel sirviente, hombre o mujer, que realizaba funciones mecánicas o cuidados domésticos a pie de cama de los enfermos (7-11).

Con relación al Ejército Español, fue en septiembre de 1921 cuando se crearon 100 plazas de practicantes profesionales del Ejército, como auxiliares del Cuerpo de Sanidad Militar, que servirían en las unidades del Ejército en África, constituyendo la base del Cuerpo auxiliar, seleccionados a través de un concurso-oposición. Este personal no tuvo categoría militar alguna, pero se subordinó a la jurisdicción del Ministerio de la Guerra, el uniforme fue el mismo que el de los jefes y oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar, llevando por emblema en el cuello de la guerrera y en la gorra dos ramos de olivo entrelazados y en el centro las iniciales P.M. bordadas en oro. Cien practicantes militares con derecho a plaza fueron nombrados y sesenta quedaron en expectativa de vacante. El número uno fue D. José Selles Ral, practicante con título de sargento en la Sanidad Militar de Larache (11-15).

El 16 de diciembre se los instó a solicitar el destino y el 31 de diciembre de 1921 estaban a las órdenes de los jefes de Sanidad Militar de Melilla, Ceuta-Tetuán y Larache. En julio de 1926 se aprobó el Reglamento orgánico de la aeronáutica militar pero los practicantes seguían sin estar contemplados en el mismo. En marzo del año 1927 se especificó que el personal sanitario debía convivir con el personal médico, diferenciando dos grados, uno elemental para los sanitarios conductores y enfermeros y otro superior para los sanitarios practicantes (7-11).

En el grado elemental se impartían nociones “de cirugía menor y auxilio a los heridos, transporte a brazo y recogida y aplicación del paquete de cura individual”, en este grado se incluía a los denominados enfermeros en esa época, cuya función principal era la de camilleros. En el grado superior se impartían enseñanzas teóricas y prácticas “de cirugía menor, las obligaciones de los distintos cometidos en los servicios de hospitales fijos, de campaña y ambulancias, de cabos de clínica, de practicantes de libretistas, topiqueros, en las farmacias, en los servicios de desinfección y de higiene, nomenclatura y manejo de material sanitario de dotación de las distintas unidades”. Las tropas destinadas a la Aviación debían instruirse a mayores en

nociones “de aviones sanitarios, carga y descarga de camillas con heridos y evacuación”.

Con la dictadura del general Primo de Rivera finalizó la guerra de Marruecos y se produjo una nueva organización de las fuerzas militares; se dispuso que se pasase de cien a sesenta el número de los practicantes destinados en África; los primeros practicantes de la aviación militar que se han podido documentar fueron D. Honorato Lozano Martínez y D. Francisco Hernández Sánchez. En 1931, ya establecida la II República, las nuevas normas orgánicas incluyeron en la plantilla del Servicio de Aviación puestos de practicantes; en la primera convocatoria se ofertaron 14 plazas (7-15).

En mayo de 1932, se extinguieron los Cuerpos políticos-militares del Ejército y se creó el Cuerpo Auxiliar Subalterno del Ejército (C.A.S.E.) para auxiliar al Ejército en sus distintas funciones y servicios. La segunda sección de este cuerpo se compuso, entre otros, de practicantes y enfermeras militares de los grupos A y B; su sueldo se estableció en 4.000 pesetas anuales; este personal sanitario no tenía asimilación militar pero sí consideración de oficiales. A este grupo se incorporaría Elvira López Mourín (enfermera militar), formando parte del

primer grupo de mujeres que accedieron a este cuerpo.

En mayo de 1937 se creó el Arma de Aviación a nivel similar a la Marina y el Ejército y al año siguiente se indicó que la Sanidad de Aviación estuviera formada por las ramas de Médicos y la de Practicantes. En 1939, se creó el Ejército del aire tras finalización de Guerra Civil. Posteriormente en octubre de 1939 nació el actual Ejército del Aire (7-15).

En el año 1988 se permitió por primera vez en España el acceso de la mujer como militar profesional (7-11,15).

En Italia, país del cual se tomaban algunas referencias, se había establecido y regulado el servicio sanitario de Aeronáutica en 1925, creando enfermerías y puestos de socorro en los campos de aviación (10,11). A nivel mundial destacaron Ellen Church, auxiliar de vuelo estadounidense, considerada la primera a nivel mundial con la compañía Boeing Air Transport al participar en un vuelo en mayo del año 1939. Y con relación a la enfermería, destacaron diversas figuras de enfermeras francesas llamadas enfermeras piloto o enfermeras del aire, entre ellas Michaela Clermont-Tonnerre, Valerie de Renaudie, Genevieve Roure, Marie-Thérèse Palu y Marguerite Guyencourt que crearon en el año 1934 el cuerpo de enfermeras del aire. Finalmen-

te, el 1 de noviembre de 1945, el coronel comandante del Grupo de Military Air vehículos industriales autorizó la creación del Equipo Profesional de Enfermeras del aire.(16)

Más recientemente, en la Guerra de Vietnam (1955-1975), se inició de forma oficial la evacuación de los heridos en helicóptero (17). En Irak (2003-2011) y Afganistán (2001-2021) se han desarrollado nuevos avances en la medicina operativa como el método “Tactical Combat Casualty Care”, avances en el control de hemorragias, cirugías de control de daños, la terapia VAC para el tratamiento de las heridas o avances en el ámbito de la traumatología. (4, 7-9)

Para finalizar, es necesario incluir en el ámbito de atención extrahospitalaria operativa otros contextos civiles como la desarticulación de bandas organizadas o la propia atención durante la pandemia por SARS-CoV-2, que han creado nuevas necesidades de aplicar y recurrir a las nociones de la medicina de combate (18).

CONCLUSIÓN

Los aportes del ejército y aeronáutica españolas a la profesión de enfermería radican principalmente en tres grandes campos, por una parte, en el ámbito extrahospitalario, mediante la atención a los heridos en el propio campo de batalla y su evacuación y traslado desde el campo de batalla hasta el hospital de referencia, en segundo lugar, avances con relación al tratamiento de heridas derivadas del aparataje bélico y finalmente, avances en el área de traumatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España; 2022 [acceso el 2 de mayo de 2023]. Sociedad Española de Oncología Médica [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf
2. Vicente – Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Calvo Cerrada B. El cáncer como enfermedad profesional. Notificación y registro. Rev Asoc Esp Med Trab [Internet]. 2021 [acceso el 2 de mayo de 2023]; 30(39): 263-379. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v30n3/1132-6255-medtra-30-03-272.pdf>
3. World Health Organization [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2022 [acceso 3 de mayo 2023]. Cáncer [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>
4. Herrero Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. [Internet]. 2016 [acceso 12 de mayo de 2023]; 10 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348-X2016000200006&lng=es.
5. Cruzado J A. La formación en psicooncología. Psicooncología [Internet]. 1 de enero de 2003 [acceso 12 de mayo de 2023];(1):9-19. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A>
6. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos [libro en internet]. 48ª ed. Ginebra: OMS; 2014 [acceso 13 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
7. Dalton SO, Boesen EH, Ross L, Schapiro IR, Johansen C. Mind and cancer. Do psychological factors cause cancer? Eur J Cancer. 2002; 38(10):1313-23.
8. Lampic C, Thurfjell E, Bergh J, Sjoden PO. Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. Eur J Cancer 2001; 37(4):463-9.
9. Cano A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. Psicooncología. 2005; 2(1): 71-80.
10. Nieto Munuera J, Abad Mateo MA, Tejerina Arreal M. La dimensión psicológica II. En: McGraw-Hill/ Interamericana de España. Psicología para Ciencias de la Salud. 1ª Ed. Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España; 2015. 33-58.
11. Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. AM J Psychiatry. 2002; 159:1964-1972
12. National Cancer Institute [Internet]. Adaptación normal, alteración psicosocial y rastornos de adaptación [actualizado 23 de enero de 2023; acceso el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>
13. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al.: Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011; 12 (2): 160-74.
14. Smedslund G, Ringdal GI: Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. J Psychosom Res. 2004; 57 (2): 123-31.
15. Barroilhet Diez S, Forjaz MH, Garrido Landívar E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2005 [acceso el 10 de mayo de 2023]; 33(6): 390-397. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>
16. McBride CM, Clipp E, Peterson BL, Lipkus IM, Demark-Wahnefried W. Psychological impact of diagnosis and risk reduction among cancer survivors. Psychooncology [Internet]. 2000 [acceso el 9 de mayo de 2023];9(5):418-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11038480/>
17. Rojas-May G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Rev. Med.Cli.Condes [Internet]. 2006 [acceso 11 de mayo de 2023]; 17(4): 194-97. Disponible en: <file:///X0716864006320867.pdf>
18. Hernández M, Cruzado JA, Padro C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, et al. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. Psicooncología [Internet]. 2012 [acceso el 15 de mayo de 2023]; 9(2): 233-57. Disponible en: [file:///e%20c%20o%20b%20,+02+PSICOONCOLOGIA+VOL9\(2-3\)2012.pdf](file:///e%20c%20o%20b%20,+02+PSICOONCOLOGIA+VOL9(2-3)2012.pdf)
19. Alonso Llacer L, Ramos Campos M, Barreto Martín P, Pérez Marín M. Modelos psicológicos del Duelo: Una revisión teórica. Calidad de vida y salud [Internet]. 2019 [acceso 8 de noviembre de 2023]; 12(1): 65-75.
20. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. 1ª ed. Barcelona:Victordg;1997.
21. Neimeyer, R.A. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: ediciones Paidós Ibérica, S.A., 2002.
22. Regina Secoli S, Pezo Silva MC, Alves Rolim M, Machado AL. El cuidado de la persona con cáncer: Un abordaje psicosocial. Index Enferm [Internet]. 2005 [acceso el 12 de mayo de 2023]; 14(51): 34-39. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>

- script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007&lng=es.
23. Schouten B, Avau B, Bekkering GE, Vankrunkelven P, Mebis J, Hellings J, et al. Systematic screening and assessment of psychosocial wellbeing and care needs of people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [acceso el 16 de mayo de 2023]; 3(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6433560/>
 24. Campagne DM. Cáncer: comunicar el diagnóstico y el pronóstico. *Medicina de Familia SEMERGEN* [Internet]. 2019 [acceso el 12 de mayo de 2023]; 45(4):273-283. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-cancer-comunicar-el-diagnostico-el-S1138359318304374>
 25. Oliva Herrera J, Fornaris Delgado K, Lezcano Leiva MY, Suárez Revol D. Referentes teóricos que sustentan la actuación de enfermería en el cuidado a pacientes con cáncer. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2022 [acceso el 8 de noviembre de 2023]; 38(1): 43-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192022000100019&script=sci_arttext
 26. Mairal Buera M, Palomares García V, del Barrio Aranda N, Atarés Pérez A, Piqueras García M, Miñes Fernández T, Madeleine Leininger, artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021 [acceso el 8 de noviembre de 2022]; 2(4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055604>
 27. Benavent MA, Francisco C, Ferrer E. Desde el origen de la enfermería hasta la disciplina enfermera. Los modelos de cuidados. en *Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería siglo 21. Madrid: DAE; 2009*
 28. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 [acceso el 10 de mayo de 2023]; (16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200018&lng=es.
 29. Sebastián J, Manos D, Bueno M, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y salud.* 2007; 18(2):137-161.
 30. Ávila M, de la Rubia, JM. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología.* 2013; 10(1): 109-130.
 31. Sociedad Española de Oncología Médica. Plan Integral de Atención a los Largos Supervivientes de Cáncer; 2014 [acceso el 2 de mayo de 2023]. Sociedad Española de Oncología Médica [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PLAN_INTEGRAL_LARGO_SUPERVIVIENTE.pdf
 32. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2004 [acceso el 16 de mayo de 2023]; 13(44-45):42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.
 33. Martínez S, Gómez F, Lara M. Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud. [Internet]. 2015 [acceso el 25 de junio de 2023]. *Nuevo horizonte*; 14(3). Disponible en: <https://bit.ly/2kmvSmG>.
 34. Santamaría N, Carrillo G, Sánchez B, Esperanza L. Percepción de comportamiento de cuidado de pacientes y de enfermería oncológica: estudio comparativo. Ediciones complutenses. [Internet]. 2017 [acceso el 25 de junio de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/2IRQGCZ>.
 35. Santana J, Bauer de Camargo A, Minamesava R, Queiroz A, Gomes M. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. 2014 [acceso el 25 de junio de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/2tGuOg9>.
 36. Ganz PA, Yip CH, Gralow JR, Distelhorst SR, Albain KS, Andersen BL, Bevilacqua JL, et al. Supportive care after curative treatment for breast cancer (survivorship care): resource allocations in low- and middle-income countries. *A Breast Health Global Initiative* [Internet]. 2013 [acceso 25 de junio de 2023] ;22(5):606-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24007941/>
 37. Puts MTE, Tu HA, Tourangeau A, Howell D, Fitch M, Springall E, et al. Factors influencing adherence to cancer treatment in older adults with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology* 2014; 25(3):564-577.
 38. Vogt J, Beyer F, Sistermanns J, Kuon J, Kahl C, Alt-Epping B, Stevens S, et al. Symptom Burden and Palliative Care Needs of Patients with Incurable Cancer at Diagnosis and During the Disease Course. *Oncologist* [Internet]. 2021 [acceso el 25 de junio de 2023]; 26(6):1058-1065. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33687742/>
 39. Clayton JM, Hancock KM, Butow PN, Tattersall MH, Currow DC, Adler J, ET AL. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Med J Aust* [Internet]. 2007 (acceso el 25 de junio de 2023); 18(186): 77-105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17727340/>