



## ARTÍCULO ESPECIAL

# Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales

Margalida Miró Bonet

Departament d'Infermeria i Fisioteràpia, Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Recibido el 22 de julio de 2010; aceptado el 7 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 20 de octubre de 2010

### PALABRAS CLAVE

Enfermería;  
Modelos;  
Identidad;  
Postestructuralismo;  
Poder;  
Foucault

### Resumen

Los modelos conceptuales y las teorías de enfermería son considerados por algunos autores como patrones que guían el pensamiento sobre cómo ser enfermera y hacer enfermería. Algunos autores defienden que sin el uso de los modelos enfermeros, difícilmente se podrá perfeccionar la disciplina y la práctica enfermera, e incluso transformar la identidad profesional vinculada a la sumisión, obediencia y humildad. La finalidad de este artículo no es discutir sobre la verdad o falsedad, la utilidad o no de los modelos conceptuales enfermeros, sino analizar desde una perspectiva postestructuralista su uso como una estrategia de poder ejercido por las enfermeras fundamentalmente, a partir de los años setenta en España y las implicaciones profesionales, no intencionadas de su adopción para la profesión.

La base de este análisis la constituyen parte de los resultados obtenidos en la tesis doctoral de la autora, en la que analizó los procesos de continuidad y transformación que han constituido la identidad profesional de las enfermeras en España entre 1956 y 1976. Se destacan algunas consecuencias políticas y sociales de articular la práctica de las enfermeras, alrededor de los discursos holísticos, humanistas, moralistas transmitidos por los modelos enfermeros, en ocasiones confrontados a los discursos biopatológicos, técnicos y clínicos.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

**Conceptual models; a power strategy with professional implications**

### Abstract

Conceptual models and nursing theories are considered by some authors as standards that guide the thinking on how to be a nurse and practice nursing. Some authors defend that without the use of nursing models it could be difficult to improve the discipline and nursing practice, and even to transform a professional identity linked to submission, obedience and humility. The purpose of this article is not to argue about the truth or falseness, the usefulness, or not, of conceptual nursing models, but to analyse, from a post-structuralist

### KEYWORDS

Nursing;  
Models;  
Identity;  
Post-structuralism;  
Power;  
Foucault

Correo electrónico: [mmiro@uib.es](mailto:mmiro@uib.es)

perspective, their use as a power strategy exercised mainly by nurses since the 1970's in Spain and the unintentional professional implications of their adoption by the nursing profession.

The basis of this analysis is from the results obtained in the PhD thesis of the author, in which it analysed the processes of continuity and transformation which constituted the professional identity of nurses in Spain between 1956 and 1976. Some political and social consequences are highlighted on nursing practices, on the holistic, humanist and moralist discourses transmitted by nursing models, on occasions compared with bio-pathological, technical and clinical discourses.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Los modelos conceptuales y las teorías de enfermería son considerados patrones que guían el pensamiento sobre cómo ser enfermera (usaré el género femenino para referirme a los/las enfermeros/as y el género masculino para los demás grupos sociales y profesionales) y hacer enfermería<sup>1-6</sup>. Algunos autores defienden que sin el uso de los modelos enfermeros, difícilmente se podrá perfeccionar la disciplina y la práctica enfermera, e incluso luchar contra la identidad profesional vinculada a la sumisión, obediencia y humildad<sup>7-10</sup>.

Los modelos conceptuales proporcionan la óptica necesaria para valorar los aspectos cualitativos y globales del cuidado, sin los cuales difícilmente se podrán identificar las necesidades humanas que forman parte substancial de la actividad de las enfermeras<sup>5-7</sup>. Según Fawcet (2006) y Luis (2007) el uso de los modelos conceptuales no solo permite que los cuidados sean más holísticos e individualizados, sino que también proporcionan las habilidades intelectuales que las enfermeras necesitan para sobrevivir a prácticas habituales entre los gestores del sistema de salud, como la contención de costos o la reducción de las plantillas.

Kuerten y Lenise do Prado (2008) señalan que los modelos favorecen la construcción del cuidar como un acto específico, fundamentalmente a través de los elementos conceptuales sobre los que se elaboran los marcos teóricos, como la intersubjetividad, comprensión, interrelación, autonomía y creatividad. Hasta tal punto, que se considera un peligro el hecho de que las enfermeras basen su investigación y práctica en hallazgos obtenidos en investigaciones procedentes de otras disciplinas, si estos no son analizados y adaptados a la luz de los modelos y teorías de enfermería<sup>9-11</sup>. Para estas autoras, las evidencias obtenidas por otras disciplinas solo son significativas para el área de conocimiento que las generó.

Según Fawcett (2006) el énfasis en las habilidades técnicas y biomédicas en el ejercicio profesional alejan cada vez más a las enfermeras de las teorías y modelos propios para acercarlas al modelo médico. Fawcet (2006) y Luis (2007) sostienen que cuando las enfermeras equiparan el ejercicio profesional autónomo con las habilidades médicas no llevan a cabo un ejercicio profesional pleno, sino una práctica limitada. Desde esta perspectiva, se acepta la idea de que el rol de las enfermeras está conformado por dos dimensiones profesionales, la cuidadora o independiente y la curativa o interdependiente. En la primera, la enfermera asume la responsabilidad en actividades de carácter emocional o psicológico dirigidas al autocuidado del paciente y a la satisfacción de las necesidades

humanas, y en la dimensión curativa o interdependiente comparten las responsabilidades de actividades técnicas o médicas dirigidas a combatir la enfermedad. La primera exige un conocimiento profundo sobre qué es la persona y la segunda, ligada a los conocimientos médicos, es la responsable del retroceso del desarrollo de la enfermería como ciencia con capacidad para juicio y razonamiento clínico<sup>11</sup>.

En este artículo no me planteo discutir sobre la verdad o falsedad, la utilidad o no de los modelos conceptuales enfermeros, sino analizar desde una perspectiva postestructuralista su uso como una estrategia de poder ejercido por las enfermeras fundamentalmente, a partir de los años setenta en España y las implicaciones profesionales, no intencionadas de su adopción para la profesión. Al formular tal argumento, soy consciente del valor que han tenido los modelos enfermeros en el desarrollo profesional de la enfermería en nuestro país. No obstante, pienso que es importante analizar los efectos de seguir articulando la práctica y la identidad enfermera desde un modelo enfermero. Para ello, rebatiré la idea de la identidad como un fenómeno privativo de la profesión, analizaré el uso de los modelos enfermeros como una estrategia de poder de resistencia ejercida históricamente por las enfermeras en nuestro país y finalmente concluiré con algunas de las implicaciones para la enfermería y las enfermeras.

La base de este análisis la constituyen parte de los resultados obtenidos en la tesis doctoral de la autora, en la que analizó los procesos de continuidad y transformación que han constituido la identidad profesional de las enfermeras en España entre 1956 y 1976<sup>12</sup>. La autora llevó a cabo un análisis de discurso genealógico, guiado desde la perspectiva poststructuralista desarrollada por M. Foucault, desde la cual se desafía la idea de que el lenguaje es neutral y objetivo respecto a la realidad, se enfatiza que todo pensamiento está mediado por relaciones de poder que se constituyen social e históricamente y se promueve la búsqueda de alternativas originales para caracterizar nuevos conocimientos.

## La identidad enfermera, en (re)construcción

En la mayoría de los estudios llevados a cabo en el contexto español, la identidad ha sido conceptualizada como un fenómeno universal y estable, o bien como el resultado de un proceso de socialización, a través del cual las enfermeras interiorizan los valores y la cultura de la profesión<sup>12</sup>. Desde esta mirada, los autores han tratado de generalizar un

conjunto de señas predictivas y específicas de la identidad enfermera.

Desde una perspectiva postestructuralista, la identidad es un proceso de construcción que se efectúa mediante fuentes y atributos culturales que las personas organizan de forma particular en el curso de su experiencia<sup>13-15</sup>. La identidad profesional no es un proceso consensuado, estable y unitario, sino el resultado de procesos de interacción social múltiples, emergentes y cambiantes, que a su vez tienen carácter temporal<sup>16-18</sup>. En este sentido, la identidad es un proceso dinámico que se crea por influencia de múltiples formas de poder que se van reconfigurando en lo cotidiano en cada tiempo y espacio<sup>18,19</sup>.

A pesar de que por nuestra cultura reclamamos cierta singularidad individual y colectiva en relación a quiénes somos, en este artículo pongo de relieve que, en un mundo de flujos globales y plurales, la construcción de la identidad profesional de las enfermeras tiene lugar en una alianza flexible entre las interpretaciones personales, los discursos y las relaciones de poder socialmente dominantes a lo largo de la historia. En España, entre los años cincuenta y setenta del siglo pasado, la identidad profesional de las enfermeras no se ha constituido en base a unas estructuras con valor universal, sino a través de un entramado de discursos y relaciones de poder dominantes, como los discursos de género, técnico y biopatológico y relaciones de poder de homogeneización, vigilancia, sometimiento, subyugación, recompensas y coacciones e intermediación; y a partir de los años setenta de discursos y relaciones de poder emergentes como el discurso cívico-social y las relaciones de poder de lucha y resistencia profesional<sup>20</sup>.

Desde mi punto de vista, la identidad profesional es una construcción plural, abierta continuamente a nuevas (poli) identidades en las que cada enfermera acaba siendo el cruce creativo de huellas culturales, costumbres, o preferencias. Incluso el conocimiento y la visión que las enfermeras tienen sobre ellas mismas están atravesados por múltiples representaciones que pueden ser contradictorias y reconstituidas. Esto supone que la identidad de las enfermeras se constituye en base a una infinidad de identidades, todas ellas diferentes, siendo imposible desplegar un catálogo de señas de identidad propias y específicas de las enfermeras.

## **Los modelos conceptuales, una estrategia de poder de resistencia**

La formación de las enfermeras en España, entre los años cincuenta y setenta estuvo dominada por un ideario de vocación religiosa, de sumisión al saber médico y de tecnicificación<sup>20,21</sup>. Esto permite entender las estrategias que las enfermeras ejercieron como formas de resistencia, lucha, liberación y concienciación frente a estrategias de subordinación, opresión y fiscalización, algunas de las cuales se siguen reproduciendo en la actualidad.

En España, las enfermeras trataron de especificar y clarificar su contribución frente a la práctica médica y establecer un cuerpo de conocimientos y una base científica propia que les permitiera articular su contribución profesional dentro del sistema de salud. Una de las estrategias que les permitió clarificar su práctica profesional, cuando por la formación recibida solo la habían podido

articular en términos de responsabilidad hacia la profesión médica, fue construir su práctica desde discursos holísticos, humanísticos o moralistas<sup>22</sup>, en ocasiones confrontados con los discursos patológicos o técnicos<sup>12</sup>. Como ilustran las siguientes citaciones, las enfermeras trataron de dar una atención más global y holística a los pacientes, en un sistema de salud donde los discursos dominantes eran fundamentalmente técnicos o patológicos.

*En 1973 descubrí una enfermería diferente en la que yo no era una mera técnica. Descubrí algo más, la perspectiva de la suplencia, la ayuda, el seguimiento, el control y el apoyo a las respuestas de las personas a las enfermedades, no a las enfermedades de forma directa* (Ent 2, 1973:12).

*No sabíamos muy bien en que consistía la diferencia entre enfermería y medicina. No teníamos un conocimiento real de los que podíamos desarrollar como enfermeros. Yo no lo tuve claro hasta el 87 o 88. Empezamos a hablar sobre cuidados integrales, a responsabilizarnos de pacientes, para tener una visión más completa de los pacientes.* (Ent 7, 1975:4).

Fueron varios los factores que contribuyeron a la emergencia y reproducción de estos discursos. Uno de ellos fue la llegada a España de libros sobre los modelos conceptuales de enfermería, la mayoría generados en Norteamérica a partir de 1950. Otro factor fue la llegada a nuestro país, a finales de los años setenta, de enfermeras que se habían formado principalmente en Estados Unidos, Inglaterra o Suiza, quienes introdujeron en la gestión y en la docencia nuevas formas de entender y enseñar enfermería. Como ilustran las siguientes citaciones, ambos factores contribuyeron a que las enfermeras fueran reivindicado mayor autonomía en sus competencias y más conocimiento especializado con el que poder convertir el cuidado en una actividad intelectual y no exclusivamente técnica.

*A principios de los setenta nos empiezan a llegar a España libros del extranjero sobre modelos enfermeros, teorías de enfermería y otras perspectivas de la enfermería. Nos permitió descubrir una forma diferente de ver la enfermería* (Ent 4, 1957:2).

*En el año 79 cuando me fui a Estados Unidos, fue como ver otro mundo. Las enfermeras americanas se creían todo lo que hacían, le daban valor. Aunque a lo mejor siempre había en mí un caldo de cultivo, ahí pude darle nombre y convencerme. En los setenta y ochenta empezó a cuajar el cambio en todas nosotras* (Ent 3, 1969:10).

Los resultados evidencian que, aunque en los manuales publicados en los años setenta se transmitía, la competencia por intereses profesionales era poco noble y que las enfermeras debían permanecer en cierto anonimato, las enfermeras en sus prácticas cotidianas empezaron a cuestionar y denunciar públicamente las prácticas disciplinarias de algunos médicos y la subordinación ejercida por algunas enfermeras. Tal y como se desprende de las citaciones, las enfermeras ejercían estas resistencias y luchas con poca seguridad, con cierto temor y con criterios profesionales poco firmes y fundamentados. En ocasiones, algunos médicos interpretaban estas estrategias de

resistencia como un intento de la enfermera de usurpar sus puestos y funciones, y otros comprendían que las enfermeras se revelaran a la autoridad médica, con el fin de hacer su trabajo en lugar del de otros.

*Yo intentaba explicarles que ellas no eran las criadas de los médicos ni de nadie... que no dependían del médico, sino del paciente. Si el médico le decía llévame la taza de café, podían decir que no... teníamos que cambiar las cosas y los pensamientos (Ent 5, 1968:3).*

*Los años 70 y 80 fue una época de mucha lucha con los médicos, en el sentido de que no pusieran en las órdenes médicas todo aquello que fueran cuidados del enfermo. No tolerábamos que pusieran que debíamos levantar a un enfermo, aspirar secreciones o tomar tensiones (Ent 5, 1968:4).*

Este análisis permite entender cómo el uso de los modelos conceptuales fue una de las estrategias de poder ejercidas por las enfermeras españolas, fundamentalmente a partir de los años setenta y ochenta, con la finalidad de (re)construir la enfermería como ciencia holística y humanista, de obtener un reconocimiento como profesión independiente y diferenciada de la medicina y de aportar dentro del sistema de salud una atención profesional dirigida más allá de la técnica y la patología.

### Implicaciones políticas y sociales para la profesión

No cabe duda que los modelos conceptuales han aportado un conocimiento teórico útil para las enfermeras en nuestro país, sobre todo a partir de los años setenta y ochenta. En el contexto profesional, conviven autoras como Marriner (2003) que sostienen que los modelos conceptuales son una herramienta primordial para el pensamiento crítico, el razonamiento, la toma de decisiones, y en definitiva para una buena práctica profesional; con otros como Parker (2005) y Aranda (2006) que señalan que los modelos no han conseguido poner de relieve la complejidad de la realidad de la práctica profesional, ya que cada uno de ellos captura situaciones muy particulares de la práctica profesional. Desde mi punto de vista, no hay unos discursos más valiosos o adecuados que otros, sino que cada uno de ellos sitúa profesional, social y políticamente a las enfermeras y a la enfermería en el ejercicio de distintas relaciones de poder. Por este motivo, considero que es importante analizar desde una perspectiva crítica los efectos y las consecuencias políticas y sociales para la profesión del uso de los modelos conceptuales.

La articulación del ejercicio profesional de las enfermeras principalmente, alrededor de discursos holísticos, humanistas, moralistas y, de carácter relacional, personal e íntimo, más que de discursos biopatológicos, técnicos y clínicos es un elemento que contribuye a la consideración de la enfermería como un saber complementario y menor en el sistema de salud<sup>22-24</sup>. Los discursos humanistas y moralistas que emergieron con la enfermería moderna en el siglo XIX, y se reprodujeron en España en el siglo XX han contribuido a reproducir la imagen de la enfermería como un trabajo para personas amables, sacrificadas y sensibles, opuesto a un trabajo para personas habilidosas e inteligentes. Han

contribuido a mantener la vinculación de la práctica de las enfermeras a su humanidad y a sus virtudes, en lugar de a sus conocimientos y competencias. Esto puede hacer que la profesión siga siendo vista como una actividad trivial e intuitiva, que puede ser realizada con un poco de práctica e intuición femenina<sup>24,25</sup>. La práctica de las enfermeras sigue siendo considerada como una implicación personal más que como una actividad de expertas, lo cual contribuye a que sigan recibiendo de los enfermos y de la sociedad la gratitud ante su atención y entrega, en lugar del reconocimiento a su pericia y especialización<sup>26,27</sup>.

Los modelos de enfermería han contribuido a la emergencia de discursos desde los cuales se conceptualiza el cuidar como la base de la profesión, diferenciándolo del curar<sup>28</sup>. Esto ha influido no solo a que la enfermería se construya como una ciencia en oposición a la medicina, sino a que algunas enfermeras hayan construido su rol profesional a partir de dos dimensiones virtuales, la cuidadora y la curativa. Esta teórica bifocalidad del rol profesional no solo puede contribuir a que los profesionales concedan distinto valor a una dimensión sobre otra, independientemente de la situación que viva la persona atendida, sino que en ocasiones la dimensión cuidadora se ha considerado como la contribución específica de las enfermeras al cuidado de la salud de la población<sup>29,30</sup>. En cambio, la dimensión técnica, vinculada al área médica, ha supuesto una posible amenaza al componente cuidador del rol del profesional<sup>31</sup>. Cuando las enfermeras en su práctica cotidiana integran y articulan toda una complejidad de dimensiones y actividades y tienen un papel determinante en todas ellas<sup>32</sup>. De hecho, esta teórica confrontación discursiva puede crear tensiones profesionales a algunas enfermeras, quienes trabajan diariamente con otros profesionales de la salud y en un sistema de salud que se mueve de forma dominante por una agenda de racionalismo económico.

La reproducción de los discursos humanistas y holísticos, como los principales cimientos de la identidad y la práctica profesional, puede alejar a las enfermeras de discursos clínicos, sociales, políticos y económicos, desde los cuales podrían explicar y argumentar con mayor claridad a gestores, políticos, periodistas, otros profesionales de la salud y sobre todo a los ciudadanos, no solo quienes son, sino principalmente lo que saben, lo que hacen, cómo lo hacen y el impacto de su práctica diaria en los resultados de la salud de la población.

Desde mi punto de vista, cuando concebimos la profesión y su práctica en base a unos discursos y marginamos otros, corremos el peligro de aportar una visión descomplejizada de la profesión. No podemos perder de vista que la práctica de las enfermeras se conforma a partir de una compleja constelación de conocimientos y competencias que interconecta aspectos intelectuales, físicos, emocionales, éticos, técnicos, clínicos y médicos. La integración y articulación de este amplio abanico de aspectos es lo que capacita a las enfermeras para convertirse en una fuerza positiva de ejercicio de poder en el sistema de salud.

Aunque a lo largo de la historia las enfermeras han ejercido distintas relaciones de poder, en general han articulado los espacios profesionales en confrontación a los discursos médicos y técnicos y a las relaciones de poder de subordinación. La identidad y la práctica profesional se han constituido en un campo de luchas, conflictos y resistencias.

Desde mi punto de vista, puede resultar peligroso que las enfermeras sigan articulando su identidad y práctica profesional fundamentalmente en base a discursos de resistencia frente a las históricas relaciones de poder dominantes ejercidas por los médicos u otros profesionales en el sistema de salud.

Los contradiscursos capaces de reordenar estratégicamente los elementos de dominio en el sistema de salud y en las profesiones no son aquellos contrarios al poder, sino aquellos dirigidos al empoderamiento y la justicia social. Las enfermeras deberían (re)considerar la forma de ejercer las estrategias de poder, transformándolas de restrictivas o privativas a públicas y de alcance social, económico y político. Para ello, las enfermeras deberían sacar a la luz pública las reflexiones y discusiones que, hasta el momento, han quedado en el entorno de la enfermería, ya que muchas de las cuestiones internas de la profesión son también cuestiones externas de la sociedad<sup>24,32</sup>. Las enfermeras deberían ayudar a la ciudadanía a entender por qué la recuperación de los pacientes depende de la dotación adecuada de enfermeras, de su grado de especialización, de los tiempos de atención, de la sobrecarga de trabajo, de los fondos económicos y de la participación de las enfermeras en las tomas de decisiones en las instituciones y políticas sanitarias.

## Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A Denise Gastaldo, la que fue mi directora de tesis por sus aportaciones, su complicidad y su espíritu alentador que me han permitido desarrollar este trabajo con mayor discernimiento. A Cristina, Carmen, Andreu y a Pilar por sus enriquecedoras y creativas reflexiones.

## Bibliografía

1. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and Progress*, 3.<sup>er</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 1997.
2. Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*, 5.<sup>o</sup> ed. Madrid: Mosby; 2003.
3. Alberdi RM, Cuxart N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia* [internet]. 2005;1(2). [consultado 21/6/2009]. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>.
4. Santos S, López M, Varez S, Abril D. Aplicabilidad de modelos y teorías de enfermería en la realidad asistencial: perspectiva profesional. *Metas de enfermería*. 2008;11:50-7.
5. Kuerten P, Lenise do Prado M. Modelo de cuidado ¿qué es y cómo elaborarlo? *Index Enferm*. 2008;17:128-32.
6. Arlandis M, Sellán MC, Cuevas C, Ajejas J, Gimena ML, Olea J, et al. Aplicabilidad del modelo de autocuidado de D. Orem: elaboración de un registro de valoración inicial integrado para atención primaria y atención especializada. *Nursing*. 2008;26:54-61.
7. Hernández S. Teoría y praxis de enfermería: una relación dialéctica. *Rev Paraninfo Digital* [internet]. 2009;III(6). [consultado 10/5/2010]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n6/o009.php>.
8. Fawcett J. *Nursing Philosophies, Models and Theories. A Focus on the Future*. En: Alligood MA, Marriner AT, editores. *Nursing Theory. Utilization and Application*, 3.<sup>a</sup> ed. St. Louis: Elsevier-Mosby; 2006. p. 499-518.
9. Luis MT. Del saber y del saber hacer. *Tesela* [internet]. 2007;1. [consultado 5/4/2010]. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/tesela/ts1/ts6366.php>.
10. Brito PR. Relaciones conceptuales en el modelo enfermero basado en el modelo vital de Roper, Logan y Tierney. *Enferm Global* [internet]. 2008;12. [consultado 5/4/2010]. Disponible en: [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/).
11. Salazar AM, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av enferm*. 2008;25:107-15.
12. Miró M. ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976) [Tesis doctoral]: Universitat de les Illes Balears; 2008.
13. Crowe M. The power of the word: some post-structural considerations of qualitative approaches in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;28:339-44.
14. Gómez L. Procesos de subjetivación y movimiento feminista. Una aproximación política al análisis psicosocial de la identidad contemporánea [Tesis doctoral]. Universitat de Valencia, 2003.
15. Aranda K, Brown R. Nurses must be Clever to care. En: Nelson S, Gordon S, editores. *The complexities of care. Nursing reconsidered*. USA: Cornell University Press; 2006. p. 122-43.
16. Íñiguez L. Identidad: de lo personal a lo social. Un recorrido conceptual. En: Crespo E, Soldevilla C, editores. *La constitución social de la subjetividad*. Madrid: Catarata; 2001. p. 209-26.
17. Holmes D, Gastaldo D. *Nursing as means of governmentality*. En: Reed P, Shearer N, Nicoll L, editores. *Perspectives on Nursing Theory*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 335-46.
18. Netto LF, Ramos FR. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12:50-5.
19. Traynor M. Discourse analysis: theoretical and historical overview and review of papers in the Journal of Advanced Nursing 1996-2004. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;54:62-72.
20. Miró M, Gastaldo D, Gallego G. ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976) *Enfermería clínica*. 2008;18:26-34.
21. Uribe TM, Jaramillo DE. La condición femenina: influencia en el desarrollo de la enfermería y en el desarrollo humano de las (los) profesionales. *Rev Investigación y educación en enfermería*. 2002;20(2):132-9.
22. Parker J. Nursing Identity and Difference. *Nursing Inquiry*. 2005;12:65.
23. Hamilton B, Manias E. She's manipulative and he's right off': a critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *Int J Ment Health Nurs*. 2006;15: 84-92.
24. Nelson S, Gordon S. *The complexities of care. Nursing reconsidered*. USA: Cornell University Press; 2006.
25. Buresh B, Gordon S. *From silence to voice. What Nurses Know and Must Communicate to the Public*. New York: Press Cornell; 2003.
26. Medina JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. *La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2005.
27. Lunardi VL, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enferm clínica*. 2006;16:268-75.

28. Aranda K, Brown R. Nurses must be Clever to care. En: Nelson S, Gordon S, editores. *The complexities of care. Nursing reconsidered.* USA: Cornell University Press; 2006. p. 122-43.
29. Carpenito LJ. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice.* EUA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
30. Fernández C, Garrido M, Tomas M, Serrano MD. *Enfermería fundamental.* Barcelona: Masson; 2000.
31. Jiménez Herrera MF, Montes MJ, Martorell MA, Nogués C. Del saber práctico al saber teórico: Teorizando sobre modelos interpretativos de cuidado (MIC). *Rev Paraninfo Digital [Internet].* 2009; 7. [consultado 15/3/2010]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/113o.php>.
32. Gordon S. Crew Resource Management. *Nursing Inquiry.* 2006;13: 161-2.