



Investigación y Educación en Enfermería

ISSN: 0120-5307

revistaiee@gmail.com

Universidad de Antioquia

Colombia

Torres A, Alexandra; Sanhueza A, Olivia
Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería
Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXIV, núm. 2, septiembre, 2006, pp. 112-119
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215402011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería

Alexandra Torres A.^a, Olivia Sanhueza A.^b

RESUMEN

Este artículo analiza, desde una perspectiva histórica, los acontecimientos vividos en el desarrollo de la enfermería como profesión y sus efectos en la autoestima profesional de las enfermeras, en primera instancia como encargadas del cuidado, y más tarde como enfermeras, realizando una reflexión crítica sobre los hechos que marcaron la práctica de enfermería en cada una de las etapas de su evolución histórica como profesión, esto es: la doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional, y cómo estos hechos pudieron incidir y aún repercuten en el desarrollo de la autoestima profesional. Se analizan las principales problemáticas que de cada etapa se derivan, y luego se presentan algunas alternativas de cambio para mejorar la situación expuesta.

Palabras clave: *autoestima, enfermería, historia de la enfermería*

Cómo citar este artículo:

Torres A, Sanhueza O. Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. Invest. educ. enferm. 2006; (24)2: 112-119.

^a Enfermera Magister en Bioestadística y Licenciada en Epidemiología, Docente Universidad San Sebastián, Candidata a Doctora Programa Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. atorres@ssconcepcion.cl.

^b Doctora en Enfermería. Profesora Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. osanhue@udec.cl.

Recibido: 6 de septiembre de 2004

Envío para correcciones: 22 de mayo de 2006

Aprobado: 24 de julio de 2006

INTRODUCCIÓN

Creemos, siguiendo la escuela humanista, que la persona es un ser en busca de identidad, búsqueda condicionada a factores personales y en la que la autoestima se impone como un trascendente determinante de la eficacia que se desea alcanzar.

Se define la autoestima como la actitud adquirida hacia uno mismo; es la actitud, la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo¹.

Es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos a nosotros mismos; ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas y configurando nuestro yo, es decir, son las líneas que forman y motivan nuestra personalidad².

Otras acepciones de este constructo señalan que es el “sentimiento de aceptación y aprecio, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal”³. También se la define como “la evaluación o juicio personal que hace el individuo, y que generalmente mantiene frente a sí mismo; que expresa una actitud de aprobación o de desaprobación e indica el grado en que el individuo se considera capaz, con éxito y valioso”^{4, 5, 2}.

Para Rosenberg, “la autoestima se aprende y como consecuencia se puede cambiar”⁶.

En general, la autoestima se entenderá como el juicio personal acerca de nosotros mismos, que se expresa en la forma de ser en sociedad y donde interaccionan diversos componentes de la personalidad: cognitivos, afectivos y conductuales⁷.

El componente cognitivo: corresponde a la representación mental que nos formamos de nosotros mismos. Referido a los autoconceptos, autoconocimiento, auto-comprensión y autopercepción.

El componente afectivo: conduce a la valoración de lo que en nosotros es positivo o negativo, lo favorable o desfavorable y lo que sentimos al respecto. Se refiere al autoaprecio, a la autovaloración.

Professional self-esteem development in nursing

Alexandra Torres A., Olivia Sanhueza A.

El componente conductual: se define como “el elemento activo, instigador de conductas coherentes con los conocimientos y afectos relativos a nosotros mismos. Significa tensión, integración y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente”⁸. Componente referido a la autonomía, a la responsabilidad y a la independencia.

Considerando la autoestima como un proceso conductual integrado determinante de nuestra personalidad, y que se va configurando como producto de la interacción social a lo largo del desarrollo vital. El presente artículo intenta hacer una revisión crítica sobre el desarrollo de nuestra autoestima profesional, resultado de la influencia de hechos históricos determinantes en el desarrollo profesional.

ETAPAS EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA Y EVOLUCIÓN DE LA AUTOESTIMA

Etapla doméstica

La evolución histórica de los cuidados de enfermería se inicia con la etapa doméstica que abarca tanto los tiempos remotos y las sociedades arcaicas (Babilonia, el pueblo hebreo, Egipto, India, China y el Nuevo Mundo) como el mundo clásico (Grecia antigua y Roma)⁹. En este período los cuidados estaban centrados en el mantenimiento de la vida, basados en la promoción de la higiene y la adecuada alimentación y vestido. La cercanía de las mujeres con la naturaleza en razón de su función reproductiva hace que históricamente se les haya asignado la función de cuidar, a tal punto que la cultura lo interpreta y asume como algo inherente¹⁰. Dada su aguda observación e investigación “no científica”, la acumulación de su experiencia (saber) les confiere poder, que más tarde será percibido por la iglesia como una amenaza espiritual y que será reprimido hasta llegar a su total desmantelamiento (siglos XVI y XVIII de nuestra era)¹¹. Se definen para este período las siguientes características en los componentes de la autoestima:

ABSTRACT

This article analyses from an historical perspective life experienced events in nursing and their effects in professional self esteem, first as caregivers and later as nurses. The article critically reflects about facts that stamped the practice of nursing during every one of its historical evolution phases: domestic, vocational, technical and professional; and how those facts could have influenced and how still influence the development of professional self-esteem. The principal problems of each phase are analysed in order to present some change proposals to improve the situations considered.

Key words: *self-esteem, nursing, nursing history*

El componente cognitivo: se adquiere por medio de los conocimientos, creencias y opiniones de las mujeres encargadas del cuidado, quienes aprenden con la estrategia del modelado, definida por Comier y Comier como el “proceso de aprendizaje observacional donde el modelo actúa como estímulo, por conductas de otro individuo”¹², desarrollado y estudiado por Bandura¹³.

El componente afectivo: está poco desarrollado. Por ser considerado el conocimiento como “natural”, no adquiere las dimensiones afectivas y conductuales esperadas. La hegemonía del sexo masculino es muy poderosa, y se da pérdida del reconocimiento de un valor de paridad en la división sexual del trabajo¹¹.

El componente conductual: es influenciado por las características de los componentes precedentes, lo que se traduce en una mujer con el poder que otorga el conocimiento, que tiene las condiciones de influir en su momento histórico, pero que no lo hace debido a la sobrevaloración masculina, la falta de reconocimiento y consideración.

A manera de resumen se establecen las siguientes problemáticas para el desarrollo de la autoestima en esta etapa:

1. División sexual del trabajo con funciones o roles de valores y sociales distintos, predominancia de la valoración física y las habilidades estratégicas. Construcción social que da origen a diferentes oportunidades de desarrollo.
2. Valoración social del cuidado ligado a la percepción de que es natural.
3. Falta de valorización económica del cuidado, por ser este reconocido sólo como función de prestar ayuda.
4. Reconocimiento del género masculino en su función de proveedor y mantenedor.

Etapas vocacional

La etapa vocacional comprende el inicio del mundo cristiano, la edad media y el mundo moderno (siglos XVI, XVII Y XVIII) y el período de transición, conocido como el momento más oscuro de la historia de la enfermería (última parte del siglo XVIII hasta la mitad del siglo XIX)⁴. El calificativo vocacional está asociado al nacimiento de la religión cristiana. El enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y quien lo cuida y se consagra a Él también. Los conocimientos teóricos son casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante es la actitud, centrada en la caridad, la sumisión y la religiosidad.

Las actividades de cuidar se relacionan con los conceptos cristianos de salud y enfermedad, atribuidas a los designios de Dios. Aparece la figura de la cuidadora a la que Collière, llama la “mujer consagrada”¹¹.

Las mujeres, poseedoras del conocimiento de los cuidados, se convierten en objetos de persecución y represión, porque representan dos grandes amenazas para el poder de la iglesia, primero: El ser mujer incitaría al pecado de la carne, y en segundo lugar, el adquirir conocimientos por medio de experiencias del cuerpo las alejaría de Dios y la iglesia. A partir del saber religioso, y sometido a él, se desarrolla un nuevo sistema de conocimientos médicos sólo para hombres¹¹. Los acontecimientos de este período fomentan una devaluación social de la mujer, la cual es reconocida sólo como un soporte espiritual. El cuidado constituye una práctica independiente de la práctica médica¹⁴. La valoración económica no existe, el trabajo de las mujeres sólo es recompensado por la salvación del alma, gracias a ello la iglesia encuentra una forma de usufructo y riqueza (exige y recibe donaciones para el cuidado) aumentando su poder mediante el uso y abuso de la fe. Esta valoración económica de los cuidados aún repercute en nuestros días, en las que aún se les otorga carácter benéfico a los cuidados.

En este contexto se destacan las siguientes características en el desarrollo de la autoestima:

El componente cognitivo es sublimado a dogmas de fé y género. El fundamentalismo religioso representa formas extremas de institucionalización de la violencia contra las mujeres poseedoras del conocimiento.

El componente afectivo se ve afectado por un manejo de las creencias y una dictadura del pensamiento, lo que trastoca la valoración real que cada persona hace de sí misma; los juicios de valor se limitan al poder religioso.

El componente conductual esta fuertemente influenciado, y el pensamiento crítico es sublimado a concepto religioso. No existen sentimientos de valía personal, lo que prevalece es el discurso de la humildad como una forma más de represión.

Como resumen de la problemática de la autoestima en esta etapa se destaca:

1. La mujer es considerada un ser que incita al pecado, por lo que carga con un sentimiento de culpabilidad que debe expiar a lo largo de toda su vida.
2. La persona encargada del cuidado, asociada al género femenino, posee conocimientos adquiridos, por lo que es considerada como una amenaza para la Iglesia, siendo perseguida y reprimida.
3. Existe un poder hegemónico de la Iglesia, la cual promueve sólo el desarrollo del conocimiento masculino, amparado por el dogmatismo de la fe.
4. La conducta de la mujer cuidadora es transformada por los valores de servilismo, caridad y abnegación, en un marco abstracto y contemplativo.

Etapas técnica

Esta etapa abarca el mundo contemporáneo (siglos XIX y XX). Dicha época se caracteriza por la nueva concepción del hombre acerca de la dicotomía enfermedad-salud, que ya no se concibe por gracia divina sino como producto de la lucha contra la enfermedad¹¹.

El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo es transferido a la clase médica dominante, lo que le proporciona aún mayor conocimiento y poder, centrado en la enfermedad y el tratamiento. La complejidad tecnológica hace nece-

saría la aparición de agentes intermedios que asumen algunas tareas médicas. Este personal es denominado paramédico con el advenimiento de lo que Collière llama “mujer, enfermera-auxiliar del médico”¹¹. La enfermera asume en parte ese rol social, reemplazando a las religiosas en el servicio a pobres y desamparados. No se le reconoce dominio en el conocimiento, sólo se le atribuye vocación de servir. En este período se habla de una doble filiación: la filiación conventual y la filiación médica.

La primera tiene relación con el hecho de constituirse “en servidora de un ideal”, evidenciado por Calmette, en el prólogo de *L’Infirmière Française*: “La Enfermera ante todo debe aprender a servir, a no caminar jamás delante del médico sino seguirle”¹⁵. Con la segunda, el médico determina y ordena la actividad de la enfermera, decide su quehacer y lo que debe saber. Así lo hace saber el médico Sebileau cuando se dirige a las alumnas de enfermería de la Asistencia Pública de París “No aspiréis a sustituir a vuestros jefes junto a sus enfermos, pero pensad que es necesario que conozcáis lo que podemos llamar los grandes elementos de la profesión médica”¹⁶.

El análisis de esta etapa, caracterizada por su forma tan peculiar de estimación social, nos proporciona un modelo de mujer enfermera marcado por nuevas formas de dominio conductual. La enfermera cambia de la hegemonía del sexo a la de lo religioso, y de ésta al poder del hombre-médico, lo que impactará fuertemente en su desarrollo como profesional.

Componente cognitivo: en esta nueva forma de dominio se frustra el desarrollo personal y la creatividad de los integrantes de esta colectividad; se frenan incluso el autocrecimiento y la autorrealización, como también la iniciativa y la capacidad de pensar. Se crea el círculo de la mayor dominación sin oposición.

Componente afectivo: los sentimientos y emociones, como resultantes del dominio cognitivo, son significativamente impactados, se eliminan los deseos y emociones, se trastocan y manipulan los valores personales y el acto de servir se transforma en servilismo.

Componente conductual: la sumisión de la enfermera, producto de la desestima cognitiva y afectiva de esta etapa, hace que renuncie a toda forma de expresión y defensa de los pensamientos (conocimientos, opiniones, creencias) y con ello a sus sentimientos y emociones.

Resumen de la problemática de la autoestima en esta etapa:

1. En la medida que la ciencia médica se desarrolla en el campo del saber, a las mujeres-enfermeras se les arrebató la autonomía, convirtiéndolas en colaboradoras de los médicos.
2. En el contexto de la subordinación nace enfermería como profesión, dependiente de la autoridad masculina y del saber médico.
3. La mujer-enfermera cambia de dominio: del dogmático religioso al poder médico.



Jean-Baptiste Simeon Chardin
(Francia). *La enfermera atenta*,
hacia 1738. Óleo sobre tela.

4. Emergen fuertes sentimientos de falta de estimación propia, como la sumisión y la falta de autonomía, que dan origen a sentimientos coercitivos como la culpabilidad y el miedo.
5. Desde un punto de vista filogenético, la escasa oportunidad de desarrollo personal y de autorrealización, impiden la progresiva adquisición de una mayor conciencia de sí mismo, factor de importancia en el desarrollo de la autoestima en la profesión.

Etapas profesional

La evolución hasta esta etapa fue caracterizada por un largo período de transición denominado como etapa oscura de la enfermería. La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos permitieron el inicio de la enfermera en vías de profesionalización. Es indudable, a comienzos de esta etapa, el aporte de Florence Nightingale en el desarrollo de la enfermería como profesión. Ella se da cuenta de la importancia de la formación de una enfermera poseedora de conocimientos técnicos y del desequilibrio intelectual hombre-mujer, “Las mujeres anhelan una educación que les enseñe las reglas de la mente humana y cómo aplicarlas”¹⁷. A pesar de lo avanzado de su pensamiento, establece y mantiene una conexión importante entre lo científico y lo religioso, no permitiéndoles desligarse a ambos elementos.

Se estructura para esta época un estilo de pensamiento conocido como patrones nithingelianos, en los que la rigidez de la disciplina y la obediencia a la jerarquía fueron el centro de la construcción del pensamiento en enfermería¹⁸.

La formación y el ejercicio de las enfermeras en el ámbito hospitalario primordialmente seguirán estando por mucho tiempo profundamente marcados por la influencia de los valores morales y religiosos. La formación y el ejercicio profesional de las enfermeras de Salud Pública, serán más tarde el factor que lleve a la progresiva liberación de estos valores, dado la necesidad de tener diversas fuentes de conocimiento y su contacto con diversos medios de vida y profesiones¹¹. Como consecuencia de lo anterior, las enfermeras se dan cuenta de que están perdiendo su identidad y tratan de independizarse de su ligazón histórica a otras disciplinas¹⁹. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico comienzan a perfilar el rol de la enfermera. Se inicia la etapa de la enfermería profesional en cuya enseñanza se contemplan el método científico y las técnicas de investigación. Sin embargo, aún persiste el oscuro legado histórico de la sumisión, definición avalada muchas veces por la falta de un contenido profesional definido, actitudes y enseñanzas en la propia profesión.

Hoy, la enfermera, producto de su peso histórico y provista de nuevas capacidades de análisis y reflexión, es capaz de demostrar su insatisfacción, relacionada principalmente con la valoración de su status profesional, aspectos técnicos, intelectuales, educativos y formativos de la profesión: el principio de igualdad de remuneración, la necesidad de justipreciar la profesión, los problemas de delegación, las condiciones de trabajo²⁰, la formación profesional, el desarrollo de la carrera profesional, la participación, el riesgo laboral y la dependencia médica, entre otros²¹.

A partir de este contexto se destacan las siguientes características de los componentes de la autoestima.

Componente cognitivo

Conocimiento: la enfermera de hoy posee una sólida preparación, competencias que le permiten sobresalir en cualquier ámbito laboral, pero sigue coartada por su legado histórico vocacional. En su representación mental de autoconcepto mantiene una doble filiación, la primera relacionada con la capacidad de sentido crítico y reflexión y, la segunda, con la autoaceptación.

Identidad: la identidad profesional se da en Enfermería en un constructo sociocultural, y en su desarrollo la comprensión del rol social de la profesión es básica²². Pero, ¿existe una identidad propia de enfermería que la diferencia de otras disciplinas? ¿Tiene un campo de acción propia, rigurosamente definida, en el cual las enfermeras se consideren capaces de actuar? Como en todas las profesiones, los límites de las respectivas esferas de competencia no son siempre totalmente claros; existen áreas grises en los límites²³.

Autoimagen: la enfermera ha formado parte del “paternalismo médico” hacia el paciente y el medio que la rodea; se identifica fácilmente con la tradición y teme destacar. El corporativismo y asociativismo del medio la pueden arrastrar, el miedo a adquirir fama de críticas y que eso influya en futuras posibilidades de trabajo les impide ser coherentes y actuar.

Autoconcepto: la decisión de ser enfermera hoy en día, muchas veces no cumple con las expectativas de vida, y sólo constituye una opción por no tener una mejor. La elección equivocada de la profesión o las malas condiciones económicas y laborales, en ocasiones determinan una existencia problemática, ya que la enfermera no vive de acuerdo con su misión interna, no se realiza. Como resultado de ello, vive frustrada, realiza un trabajo rutinario

y monótono, producto de una deformación afectiva que ocasiona inseguridad en sus propias determinaciones y cuyos resultados deterioran su comportamiento en detrimento de su autoconcepto²⁴, lo que se puede manifestar en temor a la autoridad, poca creatividad e iniciativa, poco liderazgo, resistencia al cambio y desarrollo de actitudes de opresión y agresión²⁵.

Componente emocional

Autovaloración: la enfermera profesional, producto de la problemática descrita en párrafos precedentes, demuestra sentimientos contradictorios sobre su valoración: por un lado, percibe su importancia como portadora de una sólida formación y su profesionalización, y por el otro, la permanente necesidad de justipreciar su profesión le produce sentimientos de agotamiento emocional y de inferioridad²⁵.

En el contexto actual del trabajo gerencial del enfermero, las relaciones sociales, estigmatizadas por manipulaciones, incomprensiones, conflictos, han traído consecuencias nocivas para su autoestima²⁶. La enfermera debe reconocer sus estados de ánimo y proyectar socialmente su valoración²⁷.

Autoevaluación: este componente se relaciona con su nivel de satisfacción laboral. De acuerdo con estudios realizados²⁸, la enfermera se encontraría levemente satisfecha con su trabajo, y no existen diferencias significativas entre enfermeras del área privada y del sector público. En cuanto a las condiciones físicas del trabajo, éste trae mayor grado de satisfacción a las enfermeras del sector privado. Ambos grupos demuestran insatisfacción respecto a remuneraciones y ascensos. Todas destacan su mayor satisfacción personal que laboral.

Componente conductual

Autonomía: durante los últimos años muchos autores han escrito sobre la falta de poder, real o percibida de las enfermeras²⁹.

Erlem y Frost afirman que, “las enfermeras se sienten sin poder para influenciar la toma de decisiones éticas relacionadas con el cuidado de sus pacientes”³⁰.

En contra de la opinión generalizada sobre la falta de poder y autonomía, Holmes y Gastaldo afirman que, “de distintas maneras, ellas ejercen poder y que son un grupo profesional muy poderoso, con gran influencia sobre los individuos y las poblaciones y que generan conocimiento e influyen en decisiones políticas”³¹.

Yarlin y Mc Elmurry señalan que de la misma forma que los estudiantes aprenden sobre autonomía cuando comienzan a trabajar, también descubren que no es tan sencillo ejercerla en la práctica. “Las enfermeras que en un hospital cuestionan abiertamente la estructura que da autoridad a los médicos poderosos, arriesgan sus puestos de trabajo y su bienestar económico, aunque lo hagan en beneficio de los pacientes y tengan razones de peso para actuar de esa manera”³². Para ello sería necesario que desarrollaran un fuerte sentimiento de identidad profesional y orgullo de lo que hacen. Se considera, además, que las o los enfermeras/os se han centrado demasiado en aspectos técnicos, descuidando las implicaciones políticas de la profesión.

Actitud profesional: Según estudios realizados por González y González³³ sobre la actitud profesional de la enfermera, existe un cambio de escenario para enfermería caracterizado por una mayor actitud profesional. Un hallazgo significativo en este sentido demuestra que las enfermeras colegiadas presentan mayor grado de actitud profesional, al igual que las enfermeras jóvenes menores de 30 años y con menos de dos años de ejercicio profesional. Esto puede corresponder al énfasis que se le ha dado en la academia a enfermería como profesión, lo que no se visualiza en el campo ocupacional.

CONCLUSIONES

El análisis de la problemática de Enfermería en el desarrollo de la autoestima muestra que:

Su desarrollo ha estado marcado por cada uno de los acontecimientos históricos de la humanidad. Todas las etapas de este desarrollo han tenido elementos comunes: la subyugación de género, religiosa, médica, y la escasa valoración económica y social de la profesión. Condiciones que en nada propiciaron la autonomía, la identidad, la creatividad, el autoconcepto y la autovaloración.

Durante los últimos años ha habido una transformación ideológica en la profesión, donde enfermeras convencidas de su identidad han realizado aportes filosóficos y teóricos conformando un referente teórico sobre el rol de la enfermera/o. Sin embargo, aún persisten las relaciones de subordinación frente a la profesión médica, una escasa autonomía técnica y una falta de definición como disciplina con funciones independientes, aspectos que se relacionan con el desarrollo de la autoestima de la profesión.

Lo anterior, sumado a la indefinición de funciones, ha traído consecuencias que le afectan en los planos económicos y sociales,

propiciando menos oportunidades de desarrollo y crecimiento dentro de los sistemas de salud.

SUGERENCIAS

La propuesta es trabajar en una nueva imagen e identidad de la enfermera/o basada en el perfeccionamiento, el dominio del conocimiento y el cambio de antiguos a nuevos paradigmas, esto es:

- 1) La construcción de una verdadera identidad e imagen profesional. Desmarcarse de la influencia médica. Desmedicaliza los cuidados de enfermería.
- 2) La autogestión de nuestros propios procesos de crecimiento profesional.
- 3) La responsabilidad de nuestro campo de acción. Institucionalizar el rol de la enfermera en status profesional.
- 4) La búsqueda de mejoras continuas: valorizar económicamente la profesión y los cuidados.
- 5) El desarrollo y énfasis en la investigación y formación.
- 6) Evitar que los nuevos profesionales de enfermería se formen bajo estructuras rígidas; facilitar el desarrollo de la personalidad, formando alumnos con conocimientos, juicio crítico y personalidad.
- 7) Insertar en las mallas curriculares de pregrado y postgrado el desarrollo y problemática de nuestra profesión, fortaleciendo nuestra identidad.
- 8) Practicar el autoanálisis objetivo.
- 9) Promover el cambio, la evolución y la adaptación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundichely M, Zaldivar I. Autoestima en el personal de enfermería. *Rev. Cubana Enfermer* 1999; 15 (3): 184-189.
2. Alcántara J. *Cómo Educar la autoestima*. 3 ed. España: Ediciones Ceac; 1995. p. 107.
3. García V. Autoestima. [Sitio en Internet]. Monografías.com. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos5/autoest/autoest.shtml>. Acceso el 29 abril 2004.
4. Mederos M. Autoestima. *Sexol Soc* 1995; 1(1): 96-9. Citado por: Fundichely M, Zaldivar I. Autoestima en el personal de enfermería. *Rev. Cubana Enfermer* 1999; 15 (3): 184-189.
5. González J. *La autoestima*. Madrid: Edimat Libros; 1998. p.189.
6. Rosenberg M. *Society and the adolescent self imagen*. Princeton: University Princeton. Citado por: Alcántara J. *Cómo educar la autoestima*. 3 ed. España: Ceac; 1995. p.89.
7. Cortes Aragón L. *La autoestima: comprensión y práctica*. Bogotá: Ediciones San Pablo; 1999. p. 239.
8. Resines R. *Qué es la autoestima*. [Sitio en internet]. Acropolix. Disponible en: <http://www.acropolix.com/Educacion7edu-autoestima.htm>. Acceso el 29 abril 2004.
9. García C, Martínez M. *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado*. Madrid: Harcourt; 2001. p. 214.
10. Uribe T, Jaramillo D. La condición femenina: influencia en el desarrollo de la enfermería y en el desarrollo humano de los profesionales. *Invest. educ. enferm* 2002; 20(2): 132-139.
11. Collière M. *Promover la vida*. 2 ed. España: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. pp. 19-32.
12. Cormier W, Cormier L. *Estrategias de entrevistas para terapeutas*. Bilbao: DDB; 1994. Citado por: Puchol D. El modelado. [Sitio en internet] psicología on-line. Disponible en <http://www.Psicología-on line.com/colaboradores/dpuchol/modelado.shtml>. Acceso el 12 marzo 2004.
13. Bandura A. *Social Foundations of thought and action*. USA: prentice hall; 1986. Citado por: Boeree C, Bandura A. [Sitio en internet] Shippensburg University. Disponible en <http://www.ship.edu/~cgboeree/banduraesp.html>. Acceso el 12 marzo 2004.
14. Almeida M, Rocha J. O saber da enfermagem En sua dimensao prática. 2 ed. Sao Paulo: Cortez; 1989. p. 25.
15. Calmette A. Anteproyecto del primer número de l' *Infirmière Francaise*. 1923-1924. Citado por: Collière M. *Promover la vida*. 2 ed. España: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. pp. 59-87.
16. Sebilleau D. *Ecoles des Infirmière de l' Assistance Publique*. Citado por: Collière M. *Promover la vida*. 2 ed. España: Interamericana Mc Graw-Hill; 1993. pp. 59-87.
17. Nithingale F. *Suggestions for thought for searchers after religious truth*. Londres: Eyre & Spoltiswoode; 1860. Citado por: Atewell A. Florence Nightingale. *Rev. Perspectiva UNESCO* 1998; (1): 173-179.
18. Shubert V. El legado histórico del Modelo Nightingale. Su estilo de pensamiento y su Praxis. *Horiz. enferm* 1998; (1): 7-21.
19. Sanhueza O. El cuidado: Necesidad de Investigar en enfermería. *Cienc. enferm* 2001; 7(1): 13-22.
20. Letelier P, Valenzuela S. Violencia: fenómeno relevante de estudio de campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. *Cienc. enferm* 2002; (2):13-19.
21. Brihaje A. Servicio de empleados y trabajadores intelectuales por la remuneración equitativa del personal de enfermería. [Sitio en internet] Organización Internacional

- del Trabajo. Disponible en <http://ilo.org/public/spanish/dialogue/sector/papers/enferme/enferm2.htm>. Acceso el 30 abril 2004.
22. Loo I. La identidad como proceso biológico-psicosocial y su construcción en enfermería. *Rev. Enferm IMSS* 2003; (1): 49-54.
 23. Gyarmatti G. La profesión de enfermería: una aproximación. *Horiz. enferm* 1998; (1): 4-6.
 24. Arroyo G. Humanismo en enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2000; (2): 61-63.
 25. Maya M. Identidad profesional. *Invest. educ. enferm* 2003; (1): 98-104.
 26. Costa I, Trevisan M, Lourenco M. La gerencia aclarada en el trabajo del enfermero. *Rev. Latino Americana de Enfermagen*. [Publicación periódica en línea] 2002. Sep – Oct [citada 30 abril 2004]; 10(5). Se encuentra en: <http://www.scielo.br/scielo.php%3fscip>.
 27. Jiménez L. La inteligencia emocional: herramienta fundamental para el trabajador de la salud. *Rev Enferm IMSS* 2002; (3): 121-123.
 28. Fernández B, Paravic T. Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Cienc. enferm* 2003; (2): 57-66.
 29. Lerch V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? *Rev. bras. enfermagen* 1994; 47 (2): 231-240.
 30. Erlen J, Frost B. Nurses perceptions or powerlessness in influencing ethical decisions. *Wes J Nurs Res* 1991; (3): 397-407.
 31. Holmes D, Gastaldo D. Nursing as jeans of governmentality. *JAN* 2002. Citado por: Lerch V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las Enfermeras? *Rev. bras. enfermagen* 1994; 47 (2): 231-240.
 32. Yarlin R, Mcelmurry B. The moral foundation of nursing. *JANS* 1986; 8(2): 70. Citado por: Lerch V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? *Rev. bras. enfermagen* 1994; 47 (2): 231-240.
 33. González L, González I. Actitud profesional. [Sitio en internet] Colegio de enfermeras. Disponible en: URL: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/actitud.Profesionalismo.pdf>. Acceso el 15 mayo 2004.