

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: INTERPRETACIÓN DESDE LOS ELEMENTOS CONCEPTUALES

* Olga Marina Vega Angarita

** Dianne Sofia Gonzalez Escobar

Resumen

El artículo presenta una síntesis de la teoría enfermera del déficit de autocuidado propuesta por Dorothea Orem. Su descripción plantea un acercamiento a la definición que esta teórica da a los conceptos centrales del metaparadigma: Persona, entorno, salud y enfermería.

Lo contenido es producto de la revisión de referentes bibliográficos y de la literatura de enfermería, del desarrollo de encuentros binacionales de cuidado liderados por el grupo de investigación y asesorías académicas de profesionales familiarizadas con su aplicación en la docencia, investigación y proyección social. Pretende ayudar a estudiantes, docentes y profesionales que inician el estudio y comprensión del marco conceptual del Autocuidado.

Palabras Claves

Autocuidado, teoría, enfermería

Abstract

The article presents a display of the theory of self-care deficit theory propose by Dorothea

Orem. Its description raises an approach to the definition that this theoretics gives to the central concepts of metaparadigma: Person, environment, health and nursing. The content is referring product of the revision of bibliographical and the Literature of nursing, of the development of binational encounter of care led by the group of investigation, and academic consultants familiarized with its application in teaching, investigation and social projection. It tries to help students, educational and professional who initiate the study and understanding of the conceptual frame of the Autocuidado

Key Words

Self-Care, Theory, Nursing.

En la estructura del conocimiento de enfermería el componente de mayor abstracción es el metaparadigma, unidad encapsulante, o marco de referencia, del cual se derivan estructuras más específicas y restrictivas.¹ Académicas de enfermería consideran que existe suficiente evidencia acumulada que soporta la existencia del paradigma de enfermería. Villalobos al citar a Flaskerud y Halloran (1980), plantea que aunque existen diferencias en las interpretaciones sobre lo que constituye una teoría, la mayoría de las

* Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico, Universidad Nacional de Colombia - Universidad Francisco de Paula Santander, Docente Asociado Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, Directora Grupo de Investigación de Cuidado de Enfermería E-Mail: omvega@bari.ufps.edu.co.

** Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico, Universidad Nacional de Colombia - Universidad Francisco de Paula Santander. Docente Asociado Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander, Integrante Grupo de investigación de cuidado de enfermería E-Mail: dsgonzal@bari.ufps.edu.co.

¹ VILLALOBOS, María Mercedes, Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Proyecto INNOVAR, Primera Reimpresión 2001. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. P. 77

enfermeras reconocen la existencia de objetos, fenómenos, personas y eventos que requieren estudio en el área de conocimiento de enfermería. De la misma manera que existe acuerdo sobre los conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería a nivel disciplinar y profesional. Estos conceptos son: persona, ambiente, salud y cuidado de enfermería.²

En la clarificación de los conceptos centrales o nucleares de enfermería, la persona es vista como receptor del cuidado de enfermería. El ambiente representa el escenario donde crece, interactúa y se desarrolla la persona, en el que se reconocen componentes sociales, culturales, físicos, espirituales y psicológicos. La salud considerada la meta o finalidad de la acción de enfermería, proceso dinámico y evolutivo. El cuidado de enfermería son las intervenciones de enfermería con el cliente, lo que hace la enfermera para, por y con la persona.³

CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA DE OREM.

Para Orem (1991), la Persona es un todo integral dinámico que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de

autocuidado y el cuidado dependiente⁴. Unidad que posee las capacidades, las actitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano⁵. El entorno representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. Es también una parte integrante de la persona.⁶ La cultura se considera como el contexto dentro del cual se aprenden los comportamientos de autocuidado. Ve la Salud como un estado y establece “salud es un término que tiene utilidad general considerable en describir el estado de totalidad e integridad de los componentes del sistema biológico, simbólico y social de los seres humanos”.⁷ Este concepto lo relaciona con la percepción de bienestar que tiene una persona de su condición existencial, caracterizada por la experiencia de satisfacción, placer, experiencias espirituales, la realización ideal del ser y una continua personalización (Rivera, 2006). Enfermería la define como un servicio humano, proceso interpersonal y una tecnología (métodos o técnicas formales) que se presta cuando la persona no puede cuidarse por si misma, para mantener la salud, la vida y el bienestar. Dichas acciones están orientadas hacia el fortalecimiento de la capacidad de autocuidarse o de realizar el autocuidado terapéutico⁸

² VILLALOBOS, María Mercedes, Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Ibid, P. 77

³ VEGA ANGARITA, Olga Marina, Estructura del Conocimiento Contemporáneo de Enfermería, En Revista Ciencia y Cuidado, 2006; Volumen 3 Número 3, Enero - Diciembre, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. 57

⁴ RIVERA Álvarez Luz Nelly, Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado, En Revista Avances en enfermería, Vol. XXIV No.2 Julio-Diciembre 2006, Universidad Nacional de Colombia, PP91,97

⁵ KEROUAC, Susan, PEPIN Jacinta, Ducharme Francine, DUQUETTE André, Op.Cite p. 31

⁶ KEROUAC, Susan, PEPIN Jacinta, Ducharme Francine, DUQUETTE André, Ibid. p. 31

⁷ OREM Dorotea, Enfermería: conceptos de práctica, Editorial Mc Graw Hill, segunda edición, 1980, pp.118-119

⁸ PEGGY L Chinn., JACOBS, Maeona, Teoría y Enfermería. Un punto de vista sistemático Antología Universidad Nacional de Colombia. Segunda edición. 1987, p.21

PRINCIPALES CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Dentro de su trayectoria como teorista, D. Orem especifica que ningún autor en particular ha influenciado en sus trabajos; sin embargo en sus escritos utiliza el conocimiento generado de varios campos de estudio. Particularmente la contribución de Maslow desde el campo de la psicología ha sido esencial en la formulación de su teoría.⁹

La teoría general de Orem está integrada por tres teorías: Teoría del Autocuidado (TAC), Teoría del Déficit de autocuidado (TDAC) y la teoría de los sistemas de enfermería (TSE).

Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”¹⁰. Los seres humanos, por lo general tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismas y, cuando no es así, buscan ayuda en la familia o en profesionales de la salud.

Esta teórica enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción deliberada, intencionada y calculada, que está

condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuando necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado (Orem, 1993)¹¹.

Esta teoría tiene como supuesto principal que “el autocuidado no es innato”; esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea.¹²

A partir de esta teoría se articulan tres conceptos: el de agente de autocuidado que se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado; el agente de autocuidado al dependiente que es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él; y el de agente de autocuidado terapéutico, en el cual la persona que da el cuidado es el profesional de enfermería.

Expone que las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece.¹³ Así mismo,

⁹ KEROUAC, Susan, PEPIN Jacinta, Ducharme Francine, DUQUETTE André, el Pensamiento enfermero, Massón, Barcelona España, 2005, p. 10

¹⁰ RIVERA Álvarez Luz Nelly, Autocuidado y Capacidad de Agencia de Autocuidado, En Revista Avances en Enfermería, Vol. XXIV N° 2 Julio-Diciembre 2006, Universidad Nacional de Colombia p. 92

¹¹ DOIS Angelina, PEREZ Claudia, GÓMEZ Carolina, Instrumento de Valoración de Enfermería: Una aplicación del Modelo de Dorotea Orem, En Revista Horizonte de Enfermería, volumen 14, 2003, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

¹² CABRERA Chávez, J; CARVAJAL Navarrete, M; PINEDA Cáceres, L; Ramírez Araneda, K. Medidas de Autocuidado adoptadas por estudiantes que cursan octavo año básico en el 2005 de Escuelas Municipalizadas de la ciudad de Punta Arenas. Biblioteca Lascasas, [2006]; 2 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0136.php>

¹³ LEDDY Susan, PEPPER J. Mae, Bases conceptuales de la enfermería profesional, Organización Panamericana de la Salud, Primera edición, 1992, p. 165

la teoría sustenta que algunos factores condicionan (FCBS) de diversas maneras tanto las capacidades como las acciones de autocuidado; de particular interés, cita factores relacionados con la edad, estado del desarrollo, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud.¹⁴

Orem (1971) relaciona las actividades de autocuidado con los Requisitos de autocuidado, son aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez¹⁵.

Dichos requisitos son categorizados como universales, del desarrollo o de desviaciones de la salud (Tabla 1). Los primeros representan los comportamientos que por lo general se consideran dentro de los límites normales para los seres humanos: hombres, mujeres y niños (R. Sisca), constituyen los objetivos requeridos que deben alcanzarse a través del autocuidado para el mantenimiento de la integridad estructural y funcional en las diversas etapas del ciclo vital. Los segundos se refieren a las condiciones más específicas y particulares que garantizan el crecimiento y desarrollo normal de la persona desde la concepción hasta la vejez y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo¹⁶. En este requisito Orem identificó tres grupos; el primer grupo hace referencia a la

provisión de condiciones que promuevan el desarrollo, el segundo grupo son los requisitos orientados al compromiso del crecimiento propio, y el tercer grupo establece los requisitos para la prevención de las condiciones humanas y situaciones de vida que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.¹⁷

Por último, los requisitos derivados de las desviaciones de la salud son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, incluyendo los defectos y las discapacidades.¹⁸

Los requisitos de autocuidado exigen que se tomen medidas sanitarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo, a las que le da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico. En opinión textual de Leddy y Pepper (1990), “los requisitos de autocuidado universales y asociados con el desarrollo dan como resultado la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades específicas, conocidas como demandas de autocuidado para la prevención primaria. Los requisitos de autocuidado relacionados con desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y a evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, dándoles el nombre de demanda de autocuidado para la prevención secundaria. Las demandas de autocuidado relacionadas con la prevención terciaria tienen que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes”.

¹⁴ GALLEGOS Esther, BAÑUELOS Barrera Patricia, Autocuidado y control en adultos mayores con diabetes, En Desarrollo Científico de Enfermería, Volumen 9Nº 4, Mayo 2001, México, P. 101

¹⁵ RIVERA Álvarez Luz Nelly, Autocuidado y Capacidad de agencia de autocuidado, Óp.cite.,p. 95

¹⁶ LÓPEZ Díaz Alba Lucero. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem, En Revista Investigación y Educación en Enfermería, 2006; (24)2: 90-100 Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

¹⁷ RIVERA Álvarez Luz Nelly, Op. Cite, P. 94

¹⁸ J. RIEHL-Sisca. Modelos Conceptuales de Enfermería. Doyma. Op.cite pp.: 289

Tabla 1. Requisitos de Autocuidado

Universales	De desarrollo	Desviaciones de la Salud.
<ul style="list-style-type: none"> ● Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos. ● Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social. ● Proporción de cuidados asociados con la eliminación ● Prevención de peligros. ● Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad. (Orem,1980;pág.42) 	<p>A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, y edad adulta.</p> <p>B. Proporcionar cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal. (Orem,1980;pág.47)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología. ● Atención a los resultados del estado patológico. ● Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología. ● Atención a los efectos molestos de la terapia médica. ● Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. ● Aprender a vivir con la patología. (Orem,1980;pág.51)

Tomado textualmente de Riehl Sisca, Teoría general de enfermería de Orem, Editorial Doyma p.291 (Tabla 31.2)

La teoría del **déficit de autocuidado** considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado.

De acuerdo con Orem (1979), la intervención de enfermería sólo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas. Ante esta condición se legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

De lo anterior surge la teoría de los **Sistemas de enfermería**. Se refiere “a la secuencia de

acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados”¹⁹. Según Cavanagh (1993)²⁰, cuando las personas están incapacitadas para proveerse a ellas mismas la cantidad y calidad de autocuidado necesario para regular su propio funcionamiento y desarrollo frente a problemas de salud se plantea la intervención de enfermería. Orem ha clasificado estas acciones en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente, son estos: actuar en lugar de la persona, ayudar y orientar, apoyar física y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo.

Según la capacidad y la voluntad de la persona,

¹⁹MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligoog Martha, Modelos y teorías en enfermería, Editorial Harcourt Brace , cuarta edición, 1999, p.178

²⁰CAVANAGH, Stephen J., Modelo de Orem, aplicación Practica, Barcelona 1993, Ediciones Masson - Salvat. P. 45

los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería (Tabla 2.), definidos como totalmente compensatorio cuando la enfermera proporciona la totalidad del cuidado terapéutico a la persona; parcialmente compensatorio cuando la enfermera y paciente realizan conjuntamente el cuidado; y el educativo de apoyo cuando la enfermera ayuda al paciente a adquirir los conocimientos o habilidades relacionados con su autocuidado. (Orem, 1991).

El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención, razonar, tomar decisiones, adquirir conocimiento y hacerlo operativo, ordenar acciones de autocuidado para el logro de los objetivos, para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria y utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.²¹

Tabla 2. Sistemas de enfermería²²

TOTALMENTE COMPENSATORIO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	EDUCATIVO DE APOYO
Realiza el autocuidado.	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.	Realiza el cuidado terapéutico del paciente.
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado.
	Ayuda al paciente en lo que necesite.	Apoya y protege al paciente.
Hacer por el otro	Hacer con el otro	Dejar hacer al otro.

Respecto al uso de la Teoría General de Orem, López (2006)⁴⁷ en su estudio plantea que ha sido utilizada en el ámbito institucional y comunitario, principalmente en el cuidado de adultos y ancianos aunque se reporta su aplicación en población adolescente, gestante y puerperas, niños y grupos familiares. La autora citando a Meleis (2005), explica que la prevalencia del trabajo con adultos es un

indicador de desarrollo en la identificación de las necesidades con las que puede trabajar enfermería en ese grupo poblacional y se constituye en una oportunidad de tomar distancia de las consideraciones médicas, especialmente para promover el cuidado en el ámbito institucional.

²¹ LOPEZ DIAZ, Alba Lucero, Perspectiva Internacional del Uso de la teoría General de Orem. En Revista Investigación y Educación en Enfermería. Medellín Volumen XXIV N° 2, septiembre 2006. Universidad de Antioquia. P. 92

²² BENÍTEZ Castelblanco, A; Pérez Cárdenas, D P. Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de Tunja. Biblioteca Lascasas, [2006]; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0092.php>

²³ LOPEZ DIAZ, Alba Lucero, Perspectiva Internacional del Uso de la teoría General de Orem. En Revista Investigación y Educación en Enfermería. Medellín Volumen XXIV N° 2, septiembre 2006. Universidad de Antioquia. P. 94

De igual manera señala que de la Teoría General de Orem, están siendo más aplicadas la Teoría del Autocuidado y la del Déficit de Autocuidado que la de los Sistemas Enfermeros, lo cual se identifica en el énfasis de los estudios en relacionar la agencia de autocuidado, factores condicionantes básicos y agente de cuidado al dependiente. Características que pueden señalar el interés de las enfermeras por comprender y potenciar las capacidades de las personas. Así mismo es posible que el trabajo con diferentes grupos etarios esté mostrando que la visión metaparadigmática de persona planteada por Orem, sea apropiada para la enfermería.²⁴

CONCLUSIONES

La Teoría General de Orem y las tres teorías que la integran, están estructuradas por conceptos, primarios y derivados, definidos y descritos con claridad que permiten identificar los límites de su naturaleza y relaciones en el contexto de la teoría. Los conceptos teóricos y sus relaciones muestran correspondencia con la orientación filosófica expresada en los conceptos del metaparadigma.

La construcción teórica y la claridad de los conceptos permite diversas interpretaciones y la aplicación en diferentes ámbitos de desempeño profesional, grupos poblacionales y situaciones de salud.

La propuesta como modelo conceptual permite al profesional de enfermería ubicar en situaciones de la práctica los elementos del paradigma y los conceptos teóricos aplicándolos al cuidado con una orientación propia desde lo disciplinar y lo profesional, y como parte de un equipo interdisciplinario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENÍTEZ Castelblanco, A; Pérez Cárdenas, D P. Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de Tunja. Biblioteca Lascasas, 2006; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0092.php>

CABRERA Chávez, J; CARVAJAL Navarrete, M; PINEDA Cáceres, L; Ramírez Araneda, K. Medidas de Autocuidado adoptadas por estudiantes que cursan octavo año básico en el [2005] de Escuelas Municipalizadas de la ciudad de Punta Arenas. Biblioteca Lascasas, 2006; 2(2). Disponible <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0136.php>

CAVANAGH, Stephen J., Modelo de Orem. Aplicación Práctica, Barcelona 1993, Ediciones Masson - Salvat. P. 45

DOIS Angelina, PEREZ Claudia, GOMEZ Carolina, Instrumento de Valoración de Enfermería: Una aplicación del Modelo de Dorotea Orem, En Revista Horizonte de Enfermería, volumen 14, 2003, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. PP. 77-85

GALLEGOS Esther, BAÑUELOS Barrera Patricia, Autocuidado y control en adultos mayores con diabetes, En Desarrollo científico de enfermería, Volumen 9Nº 4, mayo 2001, México, P. 101

GRIFFIT J W Cristine, Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de teorías, Guías y Modelos, México. Manual Moderno, 1986, p.6

²⁴ LOPEZ DIAZ, Alba Lucero, Op. cite P. 96

KEROUAC, Susan, PEPIN Jacinta, Ducharme Francine, DUQUETTE André, el Pensamiento enfermero, Massón, Barcelona España, 2005.

LEDDY Susan, PEPPER J. Mae, Bases conceptuales de la enfermería profesional, Organización Panamericana de la Salud, Primera edición, 1992.

LÓPEZ Díaz Alba Lucero. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem, En Revista Investigación y Educación en Enfermería, 2006; (24)2: 90-100 Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

MARRINER Tomey Ann, RAILE Alligoog Martha, Modelos y teorías en enfermería, Editorial Harcourt Brace, cuarta edición, 1999, p.178

OREM Dorotea, Enfermería: conceptos de práctica, Editorial Mc Graw Hill, segunda edición, 1980, pp.118-119

OSTIGUIN Melendez, Rosa María, El proceso de atención de enfermería y los modelos de enfermería: Una estrategia para la práctica, En Revista Desarrollo Científico de enfermería, Volumen 9 N° 8 (septiembre) 2002, México, p.240.

PEGGY L Chinn., JACOBS, Maeona, Teoría y Enfermería. Un punto de vista sistemático Antología Universidad Nacional de Colombia. Segunda edición. 1987

RIVERA Álvarez Luz Nelly, Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado, en revista avances en enfermería, Vol. XXIV N° 2 Julio-Diciembre 2006, Universidad Nacional de Colombia p. 92

VEGA ANGARITA, Olga Marina , Estructura del Conocimiento Contemporaneo de Enfermería, En Revista Ciencia y Cuidado,

2006; Volumen 3 Número 3, Enero - Diciembre, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. PP. 53-67

VILLALOBOS, María Mercedes, Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Proyecto INNOVAR, Primera Reimpresión 2001. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia.