



50 CONGRESO
NACIONAL
DE LA AEC
ENFERMERÍA COMUNITARIA
28, 29 y 30 de octubre de 2004. Balneario de Archena (Murcia)

La medida del cuidado

Josep Adolf Guirao Goris

En primer lugar, no se si deseo agradecer al comité organizador el que me haya encargado pronunciar esta ponencia. Me produce un sentimiento ambivalente, porque por un lado me honra que hayan pensado en mi para pronunciarla —lo cual me llena de orgullo— pero por otra me han puesto en el brete de hablar sobre un tema que de entrada es bastante complejo y difícil de abordar.

Las preguntas que me surgieron al comenzar a escribir esta conferencia son ¿para qué medir el cuidado? ¿que es el cuidado? ¿cómo medir el cuidado? Como ven, las preguntas tienen enjundia y podrían ser objeto por si solas de varias tesis doctorales y tratados.

No es mi pretensión realizar aquí un análisis profundo de las mismas pero si que me gustaría esbozar algunas ideas sobre las dos primeras e intentar responder a la tercera que es la que da sentido a esta conferencia.

¿Para qué medir el cuidado?

“Cada vez más los clínicos, investigadores, políticos y grupos de pacientes se están dando cuenta de la importancia que tiene la medida de la salud” . Con estas palabras prologa Patrick una obra dedicada a la medida de la salud (Badía, Salamero y Alonso, 2002). La medida de la salud y por extensión del cuidado interesa a las enfermeras asistenciales, en el sentido que desean conocer cuales de sus actividades son más efectivas para mejorar la salud de los ciudadanos. Movimientos como la Práctica de Enfermería Basada en la Evidencia son exponentes claros de este interés.

La medida del cuidado también interesa a los gestores. Según diversos autores que cita Duarte (2002) “en cualquier sistema productivo hay que conocer en primer lugar qué se produce, cómo se produce, a qué coste y con qué calidad. Incluye conocer (...) los tipos de pacientes tratados, los patrones funcionales con que se atienden dichos pacientes, y los costes y la calidad de estos procesos asistenciales. (...) El producto enfermero no es otra cosa que el conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y ejecutadas por ella u otros miembros del personal cuidador para promover la salud, recuperar de la enfermedad o reintegrar al individuo en su medio”. Es decir el cuidado también necesita ser medido desde la perspectiva de la gestión.

Desde una perspectiva social de la enfermería, como disciplina también nos interesa medir el cuidado en tanto que aporta visibilidad social tanto a las enfermeras y lo que hacen, como a la disciplina. Son ya famosas y muy citadas las palabras de Norma Lang (López, 2000) —presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras — “si no estamos en condiciones de describir y denominar los cuidados de enfermería, no podremos jamás controlarlos, ni financiarlos, ni llevar a cabo investigaciones en este campo, ni actuar de forma que sean tenidos en cuenta en la elaboración de políticas sanitarias. Se corre el riesgo de que la aportación enfermera pase inadvertida, resulte infravalorada y desaparezca sin dejar huellas”

El cuidado

La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de enfermería. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. (Medina, 1999).

Medina realiza una aproximación al término cuidado resaltando varias definiciones que han dado diversos autores:

Benner y Wrubel (1989 citado en Medina, 1999) afirman que *“cuidar, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera cliente (...) y la capacidad de la enfermera para empatizar o “sentir desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales”*

Planner (1981 citado en Medina, 1999) define el cuidado como *“un proceso interactivo por el que la enfermeras y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por un conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos.”*

Paterson y Zderad (1979 citado en Medina, 1999) apuntan que los elementos del cuidado suponen el encuentro (el ser y la actualización) entre personas (enfermera y paciente) en una transacción intersubjetiva (estar con y hacer con) que ocurre en un tiempo y espacio (tal y como son percibidos por el

enfermo y la enfermera) y con una finalidad determinada (bienestar y actualización).

La complejidad estructural de la acción cuidativa, empieza a construirse a partir de las narrativas de naturaleza humana y social y la interacción que fluye entre los enfermeros y los sujetos, en ellas, se desarrollan intercambios de procesos de vida y de desarrollo humanos distintos, con una manera particular en cada uno de ellos de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, situando “*el cuidado*” en un proceso de interacción dialógica sujeto-sujeto y construido a partir del relato de vida del propio protagonista del cuidado (Ferrer, 2004).

Germán (1997) pone un ejemplo práctico de lo que entiende por cuidar:

“¿Cuidar es dar un vaso de agua/leche o infusión y las buenas noches? ¿Es cuidar dar un hipnótico y las buenas noches? Ella contesta afirmativamente a ambas preguntas. (...) ¿Qué suele suceder hoy en día? Que el fármaco no dejará de darse porque está prescrito (orden médica); en cambio, la infusión dependerá de las circunstancias. Dada la escasez de enfermeras en los hospitales, es muy probable que el enfermo se quede sin infusión y sin buenas noches. Dar las buenas noches para una enfermera es más que un signo de buena educación. Dar las buenas noches es un acto compuesto por varias partes: la observación, conversación, exploración (si es necesaria) que conducen a una valoración y la entrega de bebida, medicamento... y a una relación interpersonal.”

Estas aportaciones que sobre el cuidado realizan diferentes enfermeras se pueden agrupar según Morse (1991 citado en Watson, 2001) en cinco perspectivas del cuidado analizando la literatura enfermera:

- El cuidado como un rasgo humano, una condición natural del ser humano.
- El cuidado como un imperativo moral, como virtud o valor.
- El cuidado como afecto hacia si mismo, hacia un paciente o hacia un trabajo.
- El cuidado como una interacción interpersonal, como algo que existe entre dos personas.

- El cuidado como intervención terapéutica, una acción deliberada y planeada con un objetivo en mente.

¿Cómo medir el cuidado?

Del concepto a la medida

El primer problema que se plantea al tratar de medir el cuidado es definir el concepto del cuidado. Como hemos visto anteriormente, el cuidado puede ser visto en síntesis desde cinco perspectivas. Pero en cualquiera de ellas existe una teoría que sustenta las ideas y conceptos que se desean medir.

Según Fitzpatrick (King y Fawcett, 1997) una teoría es un conjunto de conceptos, basados en proposiciones, que se entrelazan con el fin de describir e interpretar la realidad.

Una teoría nos provee de un mapa para examinar la medida de los problemas en enfermería, desarrollar y probar métodos de medida, y aportar significado a la medida del problema. Cuando obtenemos información y resultados sobre la medida de dichos problemas, estos hallazgos nos permiten relacionar los conceptos de una teoría.

Un concepto es un pensamiento, una noción, una idea, en suma es algo abstracto. Los conceptos de enfermería son pensamientos, nociones o ideas sobre la enfermería, el cuidado de enfermería, o la práctica de la enfermería.

A partir de los conceptos podemos definir el contenido de lo que nos interesa medir de los fenómenos de enfermería. Un fenómeno se define como hechos o eventos observables (Waltz, Strickland y Lenz, 1991) y el reto está en convertir los conceptos en fenómenos observables para poder medirlos.

Es aquí cuando surgen las objeciones a este proceso de medición y nos podemos preguntar ¿Cómo se puede justificar el obtener medidas empíricas objetivas sobre los fenómenos existenciales de las relaciones humanas como son los cuidados que se establecen en la práctica de enfermería? Al intentar medir el cuidado, nos introducimos en un proceso de reducir fenómenos complejos humanos a un nivel de objetividad que tiene un significado menos profundo. (Watson, 2001). El cuidado tiene además de sus aspectos

objetivables un componente ontológico, tiene un sentido y un significado mas allá del fenómeno que se objetiva. Al final nos encontramos con un dilema en el que algunos ven el cuidado como algo esencial, una filosofía, una experiencia existencial que no se puede definir en términos de criterios externos porque cada enfermera tiene una actitud y un motivo básico que es importante. Por otra parte existe un llamada a las enfermeras para que avancen en su conocimiento del cuidado mediante la medida empírica del cuidado que resista la crítica de la comunidad científica.

Esta discusión no es mas que una reproducción de la clásica contraposición entre la visión positivista y la visión interpretativa, la óptica cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, esta discusión se supera desde la perspectiva del paradigma de la complejidad. Morin (2001) realiza una observación que nos puede ser muy útil *"El reduccionismo ha suscitado siempre, por oposición una corriente holística fundada sobre la preeminencia del concepto de globalidad o totalidad; pero siempre, la totalidad no ha sido más que un cajón de sastre que incluía demasiado, sin importar qué ni cómo. Cuanto más plena se volvía la totalidad, más vacía se volvía. Más allá del reduccionismo y el holismo, se encuentra la idea de la unidad compleja, que enlaza el pensamiento global al pensamiento analítico-reduccionista."*

La Dra. Watson, enfermera que ha desarrollado la teoría del cuidado humanitario (caring), se hace eco de estos dos puntos de vista opuestos; y afirma que los estudios empíricos sobre el cuidado muestran que las enfermeras reconocen y tienen en cuenta las necesidades de sus pacientes. Para Watson, tener instrumentos que nos permitan dirigir y medir nuestros cuidados, nos permite en mayor medida desarrollar el conocimiento que tenemos del cuidado, y aprender más sobre cómo nuestros pacientes, enfermeras y el sistema se pueden beneficiar de dicho conocimiento.

El análisis conceptual

Para medir el cuidado, es necesario pues, identificar el concepto que se desea medir. El análisis conceptual nos ayudará (Whitley, 1999) a identificar en la literatura existente el conocimiento previo sobre el fenómeno, realizar la definición de lo que pretendemos medir e identificar definiciones operativas (Whitley, 1995). La definición operativa asigna significado a un concepto

mediante la especificación de las actividades y procedimientos necesarios para su medición.

Avant (1991) describe tres cualidades que debe tener el método de análisis conceptual: claridad conceptual, claridad sobre el fenómeno de estudio y claridad en la definición del fenómeno.

Un ejemplo de operativización es el realizado por Ryan y Falco (1985), quienes dieron como definición conceptual de incumplimiento "decisión de una persona informada de no adherirse a una recomendación terapéutica"; y como definición operativa, "puntuación obtenida en un instrumento de 66 ítems que enumera las creencias y comportamientos de las personas que no se adhieren a las recomendaciones".

Waltz, Strikland y Lenz (1991) establece un proceso acumulativo de etapas en la operativización de los conceptos:

- Desarrollo de la definición teórica:
 - Desarrollo de una definición preliminar.
 - Revisión bibliográfica.
 - Desarrollo e identificación de casos (casos extremos, opuestos o límites).
 - Diseño de un mapa de los significados del concepto.
 - Establecer una definición teórica.
- Especificar las variables derivadas de la definición teórica.
- Identificar indicadores observables.
- Desarrollar medios para medir los indicadores.
- Evaluar la adecuación de la definición operativa resultante. En este punto establece una serie de criterios que deberían analizarse: claridad, precisión, fiabilidad, consistencia, factibilidad, significación adecuada, utilidad, validez y consenso.

La medición

La medición es definida como el proceso de asignar cantidades o números a objetos para representar el tipo y/o cantidad de atributos o características que posee dicho objeto.

Los conceptos de enfermería son difíciles de operativizar porque son complejos pero en cualquier caso se pueden medir.

Se pueden obtener medidas de dos tipos:

- Cualitativas, y
- Cuantitativas.

La aproximación cualitativa a la medida clasifica en categorías mutuamente excluyentes. Las medidas cualitativas están indicadas cuando la orientación teórica de la medida deriva de la fenomenología, el existencialismo, la interacción simbólica o la etnografía. El objetivo fundamental de este tipo de medida es comprender de la forma más amplia posible el fenómeno que intentamos medir. Los métodos más utilizados para obtener medidas desde esta aproximación cualitativa son el análisis de contenido de documentos la observación participante y no participante, las entrevista ya sean estructuradas o no estructuradas pero habitualmente abiertas, y los cuestionarios de preguntas abiertas.

La aproximación cuantitativa hace énfasis en buscar hechos y causas de la conducta humana mediante datos objetivos, observables y cuantificables.

Las áreas del conocimiento que suelen medir las enfermeras son de carácter cognitivo, actitudes o afecto, habilidades psicomotoras y función física.

En general, desde esta perspectiva se pueden desarrollar diferentes tipos de instrumentos que se podrían agrupar en cuestionarios, autoinformes y escalas.

Los cuestionarios son instrumentos de recogida de datos en los que los individuos son preguntados por conocimientos, conductas, hábitos, actitudes, valores o intereses. Cuando estos cuestionarios son autoaplicados estos se suelen conocer con el nombre de autoinformes.

Las escalas son instrumentos de medida que se componen de:

- un enunciado, que indica una afirmación sobre una actitud del individuo o la actitud atribuida a un objeto o situación.
- Una escala de medida.

— Unas claves que definen la gradación de la escala de medida

Ejemplo:

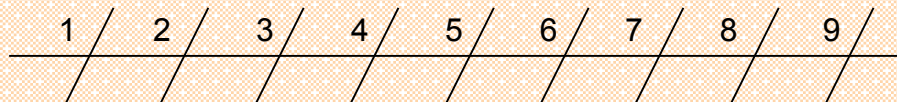
Los componentes de una escala:

Indique su grado de acuerdo con la siguiente afirmación

Enunciado

El incumplimiento por parte del paciente indica una necesidad de atención adicional sobre los cuidados que recibe el paciente.

ESCALA



Claves

En total
desacuerdo

Completamente
de acuerdo

Davis (1994) propone cuatro fases en el desarrollo de los instrumentos de medida:

- a) Definición del concepto que desea ser medido.
- b) Identificación de sus características o dimensiones.
- c) Determinación del tipo de instrumento más adecuado.
- d) Estimación de la fiabilidad y validez del instrumento.

Las dos primeras fases sería lo que ya hemos denominado como análisis conceptual. La determinación del tipo de instrumento más adecuado se realiza en función de la características que tiene cada tipo de instrumento.

La última etapa sería la estimación de las propiedades psicométricas.

Caraterísticas psicométricas de los instrumentos de medida.

La teoría clásica de la medición establece que cuando se realizan diferentes medidas de un fenómeno existe un cierto grado de variación. Estas variaciones se deben habitualmente a la propia variación del fenómeno y al error que se produce al medirla. El error en la medición puede ser de dos tipos:

- Error aleatorio: los valores obtenidos se sitúan en torno al valor real. Este tipo de error se relaciona inicialmente con la fiabilidad y secundariamente con la validez, porque para que una medida sea válida

tiene que ser previamente fiable. Cuanto menos error aleatorio hay, la medida es más fiable.

- Error sistemático: distorsiona el valor real de la medición infravalorando o sobrevalorando la misma. Este tipo de error se relaciona con la validez. Cuanto menos error sistemático tiene una medida, más válida es.

La fiabilidad y la validez son características esenciales que determinan la calidad de todo instrumento de medida (Fortin, 1999). La fiabilidad es una condición previa a la validez, lo que significa que si un instrumento de medida no da puntuaciones o valores constantes de una a otra vez, no será útil para el fin propuesto. Sin embargo, un instrumento fiable no es suficiente para establecer la validez, dado que un instrumento puede dar medidas consistentes y no ser válido. Una baja fiabilidad, por el contrario, sí representa una evidencia de baja validez.

Estudio de la fiabilidad.

Fortin (1999) define la fiabilidad como la propiedad esencial de los instrumentos de medida, que designa la precisión y constancia de los resultados que ellos proporcionan.

El interés del estudio de la fiabilidad reside en que su conocimiento es previo al estudio de la validez (específicamente la de constructo). La fiabilidad puede ser de cuatro tipos: la estabilidad, la consistencia interna, la equivalencia y la armonía interjueces.

La estabilidad

La estabilidad del instrumento de medida viene determinada por la constancia de los resultados obtenidos al realizar la medición de forma repetida. La técnica que se utiliza es la del test/retest y asume que el fenómeno que se mide es estable y no varía. Esta premisa supone en la práctica que la medición se debe realizar en un intervalo corto de tiempo para asegurarse que el fenómeno no ha variado. La amenaza a la validez interna del estudio es que los sujetos puedan verse influidos por la primera administración del instrumento y la segunda

medición se vea afectada. En estos casos, se recomienda estudiar la fiabilidad por equivalencia.

Waltz et al. (1991) recomienda, para estimar la fiabilidad test/retest, los siguientes pasos:

- Administrar el instrumento de medida a los sujetos en las mismas condiciones estándar.
- Readministrar el instrumento de medida en las mismas condiciones estándar y a los mismos sujetos.
- Determinar en qué modo se correlacionan las dos medidas utilizando el Coeficiente de Pearson (r_{xy}) cuando la variable es continua. Y las pruebas no paramétricas de medida de asociación como el chi cuadrado o el coeficiente de correlación de Spearman según sea la variable.

El coeficiente obtenido tiene una puntuación entre 0 y 1. Cuando más próximo a 1 está el coeficiente, más estable es la medida.

La consistencia interna

La consistencia interna corresponde a la homogeneidad de los enunciados de un instrumento de medida. La consistencia interna es el grado en que los diferentes ítems del instrumento covarían estadísticamente y nos indica cómo se relacionan entre sí. Para medir la consistencia interna se utilizan varios métodos. Destacan:

- *El alfa de Cronbach*. Es la técnica que se utiliza para estimar la consistencia interna de un instrumento de medida cuando los ítems tienen varias opciones de respuesta (por ejemplo: escala de likert). Según Waltz, el coeficiente alfa es el indicador más idóneo porque da un único valor de consistencia y es igual a la media de la distribución de todas las posibles divisiones por mitades que se pueden realizar del instrumento. El rango de alfa varía entre 0 y 1. Los valores próximos a la unidad indican un alto grado de consistencia interna.
- *La técnica de Kuder-Richardson (KR20 y KR21)* es una variante del coeficiente alfa cuando la variable es dicotómica (tiene dos posibles respuestas). Del mismo modo que el coeficiente alfa, el valor oscila entre 0 y 1, y tiene la misma interpretación.

La equivalencia

La equivalencia se refiere al grado de correlación entre dos formas de medir el fenómeno o formas paralelas. Si, por ejemplo, se utilizan dos pruebas diagnósticas para medir una misma categoría diagnóstica se podrá medir la equivalencia. Waltz (1991) estima que para que dos procedimientos puedan ser considerados formas paralelas deben tener las siguientes características:

- Se han construido siguiendo los mismos objetivos y procedimientos.
- Tienen una medias similares.
- Tienen correlación con una tercera variable.
- Tienen desviaciones estándar iguales.

Para estimar la equivalencia se administran las dos formas paralelas de medir el fenómeno y después se halla el coeficiente de correlación apropiado (paramétrico o no paramétrico) como un estimador de la fiabilidad. Valores por encima de 0,8 consideran a ambos procedimientos como equivalentes.

La armonía interjueces o fiabilidad interobservador

La fiabilidad interobservador "se refiere al grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores independientes utilizando los mismos instrumentos de medida en unos sujetos en dos ocasiones". El procedimiento estadístico es el índice de kappa, que indica el grado de acuerdo de los observadores. Los valores oscilan entre 0 y 1. Una k entre 0.61 y 0.80 se considera un grado de concordancia bueno, y por encima de 0,80 muy bueno.

Estudio de la validez

La validez de un instrumento de medida demuestra hasta qué punto un instrumento mide lo que en realidad pretende medir. La validez puede ser de diversos tipos. Uno de ellos es la *validez aparente*, que designa si el instrumento parece medir de forma adecuada el constructo conceptual. Clásicamente, las facetas que se consideran que tienen mayor importancia son: la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo.

La validez de contenido se suele determinar en base a la revisión de la literatura, opinión de pacientes, panel de expertos o juicio de clínicos. La validez de criterio mide la relación entre una variable externa, un índice o un indicador del concepto que se está midiendo y el instrumento que se considera.

Por lo general esta se mide usando un patrón de oro (gold standard) con el que se compararán todos los nuevos instrumentos. La validez de constructo suele evaluarse a través del análisis factorial (validez estructural), correlación con otras medidas del mismo constructo o de un constructo similar (validez convergente) y a través de correlaciones con otras variables sociodemográficas. (Polit y Hungler, 1997).

La sensibilidad al cambio se refiere a la capacidad de un instrumento para medir cambios en el estado de salud de las personas cuando han sido sometidas a algún tipo de intervención (Polit y Hungler, 1997).

Conclusiones

Uno de los peligros que tiene el desposeer al cuidado de la dimensión interpretativa y contextual de la relación humana que se establece entre la enfermera y el ciudadano es que el cuidado se convierte en un cuidado tecnificado y vacío de contenido humano. Una de las quejas emocionales que los terapeutas escuchan en nuestra época de boca de los pacientes suele ser “el vacío, la falta de sentido, una vaga depresión o desilusión” (Moore, 1993). Estas emociones están muy relacionadas con el descuido, la falta de atención. El descuido es un mal que afecta a toda nuestra civilización. Boff, considerado un teólogo de la liberación, expone de forma clara todo ese conjunto de descuidos.

Como enfermeros debemos recordar la importancia de medir el cuidado y el descuido; de desarrollar instrumentos que nos ayuden a identificar la ciencia enfermera, pero no debemos olvidar que desde una perspectiva compleja es tan importante medir como cuidar, y no desposeer al cuidado del valor contextual que tiene en la relación humana. Aquí me gustaría recordar unas palabras de la Profesora Ferrer (2004) al referirse a los lenguajes enfermeros: “el lenguaje enfermero es la forma de expresión del cuidado, pero no es en sí, la esencia del cuidado.” Del mismo modo la medida del cuidado no es en sí el cuidado. Para finalizar, sólo quiero contarles un mito-fábula de Higinio del que Boff se hace eco:

Cierto día, al atravesar un río, Cuidado encontró un trozo de barro. Y entonces tuvo una idea inspirada. Cogió un poco del barro y empezó a darle forma. Mientras contemplaba lo que había hecho, apareció Júpiter.

Cuidado le pidió que le soplara su espíritu. Y Júpiter lo hizo de buen grado.

Sin embargo, cuando Cuidado quiso dar un nombre a la criatura que había modelado, Júpiter se lo prohibió. Exigió que se le impusiera su nombre.

Mientras Júpiter y Cuidado discutían, surgió, de repente, la Tierra. Y también ella le quiso dar su nombre a la criatura, ya que había sido hecha de barro, material del cuerpo de la Tierra. Empezó entonces una fuerte discusión.

De común acuerdo, pidieron a Saturno que actuase como árbitro. Éste tomó la siguiente decisión, que pareció justa:

«Tú, Júpiter, le diste el espíritu; entonces, cuando muera esa criatura, se te devolverá ese espíritu.

Tú, Tierra, le diste el cuerpo; por lo tanto, también se te devolverá el cuerpo cuando muera esa criatura.

Pero como tú, Cuidado, fuiste el primero, el que modelaste a la criatura, la tendrás bajo tus cuidados mientras viva.

Y ya que entre vosotros hay una acalorada discusión en cuanto al nombre, decido yo: esta criatura se llamará *Hombre*, es decir, hecha de *humus*, que significa tierra fértil».

REFERENCIAS

- Avant, KC. (1991) Paths to concept development in nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*. 2(3), 105-110
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial*. Madrid Ed. Trotta.
- Davis, GC (1994). Measurement and clinical decision making. Focus on instrument development. *Nursing Diagnosis*. 5(3), 121-126
- Duarte, G (2002). La medida de resultados en enfermería. En: *Especialidad de enfermería de salud familiar comunitaria. VI Jornada de enfermería de atención primaria de la Región de Murcia*. Molina de segura: Acuario, S.L.
- Ferrer, E. (2004). Una mirada compleja de lo concreto. En *Disco de ponencias y comunicaciones V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería – Valencia 13 y 14 de mayo de 2004*. Valencia: AENTDE.

- Fortin, M.F. (1999). *El proceso de investigación: de la conceptualización a la realización*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- German, C. (1997) ¿Porqué la enfermería debe investigar fundamentalmente sobre cuidados?. En: *De la teoría a la práctica del cuidado. II Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria*. Valencia: AEC.
- Jones, L.C. (2003) Measuring guarding as a self-care management process in chronic illness: the SCMP-G. En: Strickland, O.L.; Dilorio, C. (ed) *Measurement of nursing outcomes (2ª Ed)*. New York: Springer Publishing Company.
- King, I., Fawcet, J. (Ed) (1997). *The language of nursing theory and metatheory*. Indianápolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. Center Nursing Publishing.
- López Ruiz, J. (2000). Propuestas para el desarrollo profesional (II). *Enfermería Clínica*, 10(4), 157 –162.
- Medina, J.L.,(1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y práctica en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.
- Moore, T (1993). *El cuidado del alma*. Barcelona: Urano.
- Morin E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Polit, D. F., Hungler, B. P. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud (5ª ed.)*. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Ryan, P; Falco, SM. (1985). A pilot study to validate the etiologies and defining characteristics of the nursing diagnosis of noncompliance. *Nursing Clinics of North America*, 20, 685-695.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L., Lenz, E.R. (1991) *Measurement in nursing research (2ª Ed.)*. Philadelphia: FA Davis.
- Watson, J. (2001). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Sringer Publishing Company.
- Whitley, G.G. (1995). Concept analysis as foundational to nursing diagnosis research. *Nursing Diagnosis*. 6(2), 91-92
- Whitley, G.G.(1999) Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 1(10), 5-13