

V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

MÉTODO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA

Josep Adolf Guirao Goris.



Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004

Introducción

La validez de un instrumento de medida demuestra hasta qué punto un instrumento mide lo que en realidad pretende medirⁱ. La validez puede ser de diversos tipos. Uno de ellos es la *validez aparente*ⁱⁱⁱ, que designa si el instrumento parece medir de forma adecuada el constructo conceptual. Podrían ser considerados como estudios de validez aparente los realizados por Cuesta et al^{iv} (1994), y, Ugalde y Rigol^v (1995). Clásicamente^{vi}, 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

La validez de contenido se refiere a la representatividad del conjunto de enunciados que constituyen el concepto que se va a medir. Previamente a la validación de contenido se debe realizar un estudio del análisis conceptual de la etiqueta diagnóstica. La validez de contenido sólo indica lo que un grupo de expertos piensa; no se tiene la seguridad de que sus juicios coincidan con el fenómeno que se da en el mundo real.^{vii}

En España, el primer estudio de validez de contenido es el de Frías Osuna et al^{viii} (1993) que realizan un estudio previo de análisis conceptual y validan la taxonomía de autocuidados cotidianos en una población de pacientes crónicos.

Para el estudio de la validez de contenido existen descritos varios métodos que en la práctica se pueden combinar entre si: el modelo Fehring, la metodología Q, el método Delphi y el modelo de estimación de la magnitud. De todos ellos analizaremos el modelo de Fehring y el método Delphi.

El modelo Fehring (1986)^{ix}

El modelo de Validez de Contenido Diagnóstico VCD de Fehring utiliza una metodología similar a la empleada en la validación de contenido de los instrumentos de medida en los que se halla un Índice de Validez de Contenido. Con este método se consulta a enfermeras expertas siguiendo las siguientes etapas:

- 1) Una muestra de enfermeras expertas puntúa en una escala de 1 a 5 las características definitorias de un diagnóstico determinado. Las puntuaciones indican cómo es de representativa cada característica de una etiqueta diagnóstica dada. La puntuación entre uno y cinco se interpreta del siguiente modo: 1, nada



característico; 2, poco característico; 3, algo característico; 4, bastante característico; y 5, muy característico.

- 2) Se usa la técnica Delphi para mejorar el consenso entre los expertos. Aunque si se dispone de pocos recursos, se puede eliminar esta fase.
- 3) Se calcula el coeficiente ponderado para cada característica. Los coeficientes ponderados se obtienen mediante la suma de los pesos asignados en cada respuesta, dividida entre el número total de respuestas. Los pesos asignados son: 5=1; 4=0,75; 3=0,50; 2=0,25; 1=0.
- 4) Se descartan las características con un coeficiente menor a 0,5.
- 5) Las características con coeficientes mayores de 0,75 se etiquetarán como críticas.
- 6) La puntuación del índice de VCD se obtiene hallando el promedio de la puntuación obtenida del coeficiente de cada característica.

Una limitación del modelo de VCD y, en general, en los estudios de validez de contenido, se encuentra en la definición de los expertos. Fehring^x (1994) propone una modificación al modelo sugiriendo siete criterios para identificar en qué medida los expertos realmente lo son. A estos criterios se les asigna un peso y se establece un mínimo de 5 para ser considerado experto.

Sistema de puntuación de expertos para el modelo de validación de Fehring	
Criterio	Puntuación
Doctorado en enfermería	4
Doctorado en enfermería con el desarrollo de una tesis relevante para el diagnóstico de interés	1
Investigación publicada sobre el diagnóstico o contenido relevante para el mismo	2
Artículo publicado en el diagnóstico en una revista científica con revisores	2
Disertación doctoral en diagnósticos	2
Práctica clínica actual mínima de un año	1



en un área relevante para el diagnóstico de interés	
Certificación en el área clínica relevante para el diagnóstico de interés	2

Sin embargo, estos criterios son de difícil aplicación en otras realidades culturales como Japón (Sato, 1998), donde hay pocas enfermeras doctoradas, o en España donde todavía no existen. Sato^{xi} identificó como enfermeras expertas a enfermeras con diferente formación educativa. Levin^{xii} (2001) recomienda, por otra parte, ser flexible en la determinación del experto para ser sensible a otras realidades culturales.

Otra modificación del modelo es la realizada por Sparks y Lien-Gieschen^{xiii} (1994) para que sea más potente:

1. Descartar las características definitorias con una puntuación menor a 0,6.
2. Las características definitorias con una puntuación entre 0,8 y 1 se catalogan como mayores.
3. Las características menores serán aquellas con una puntuación entre 0,6 y 0,79.
4. Para aquellos diagnósticos con más de siete características definitorias se sugiere que la puntuación del índice de VCD se calcule del siguiente modo para no disminuirlo de forma artificial:
 - a) Contar la puntuación de las características mayores dos veces.
 - b) Contar la puntuación de las características menores una vez.
 - c) Determinar la media de todas las puntuaciones.

El modelo de Fehring ha sido ampliamente utilizado^{xiv} para estudiar la validación de contenido. En España, Giménez^{xv}(1997) lo ha utilizado para validar la *Respuesta disfuncional al destete del respirador*. Guirao, Moreno y Martínez-De^{xvi}(2001) lo han utilizado para validar una nueva etiqueta diagnóstica.

El método Delphi

La técnica Delphi es un método para obtener las opiniones de un panel de expertos. En esta técnica se interroga de forma individual a los expertos y se hace circular entre



los integrantes del panel un resumen de sus opiniones. Este proceso se repite las veces que sean necesarias para lograr un determinado consenso.

Se inicia enviado a los expertos una serie de cuestiones. La encuesta se remite de forma anónima a todos los integrantes del panel de modo que se evita el encuentro entre ellos. Esta precaución permite que las respuestas de unos no influyan en las de otros. Después de esta primera ronda, se agrupan las respuestas y se vuelve a enviar la información al panel de expertos. El número de rondas varía según el nivel de consenso deseado por el investigador, el grado de concreción de los ítems y del número de ítems surgidos.

Grant y Kinney^{xvii} (1992) proponen el uso de esta técnica para la validación de contenido de los diagnósticos enfermeros mediante cuatro rondas:

— **Ronda I:** Propuesta de características definitorias y definiciones operativas para el diagnóstico - En la primera ronda se selecciona un grupo numeroso de expertos, lo suficientemente amplio para compensar el sesgo por atrición en rondas posteriores. Cuando el diagnóstico es de nueva creación o sus características definitorias no son claras en la primera ronda, se solicita a los expertos que enumeren las características definitorias y aporten definiciones operativas de las mismas. Es interesante que en la documentación que se aporte a los expertos se incluya información sobre qué es un diagnóstico enfermero, la definición del diagnóstico, qué es una característica definitoria, qué es una definición operativa y cuál es el objetivo de la investigación. Para controlar el perfil de los expertos, Grant y Kinney (1992) proponen conocer información sobre el nivel de formación del experto (grado académico), la edad, los años de experiencia profesional, la especialización, los años de ejercicio profesional en el área de especialidad, el puesto profesional desempeñado, la utilización de los diagnósticos en la práctica asistencial, el tiempo (años, meses) de utilización de los diagnósticos en la práctica asistencial, la formación en metodología de cuidados y medio de formación.

Con la información recopilada se genera una lista de características definitorias y de sus definiciones operativas para iniciar la ronda II.

— **Ronda II:** Características definitorias y definiciones operativas propuestas - En la ronda II se envía una encuesta en la que se interroga sobre la conveniencia (es





**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

apropiada o no) y la claridad de las características definitorias y las definiciones operativas y si desean realizar alguna observación respecto a las mismas. Con las respuestas, se averigua el porcentaje de acuerdo respecto a la conveniencia y la claridad. Con esta información se elabora una nueva encuesta para la tercera ronda en la que se aporta el porcentaje de acuerdo para cada característica definitoria y cada definición operativa. De momento no se eliminará ningún enunciado hasta la ronda IV.

— **Ronda III:** Características definitorias y definiciones operativas propuestas con porcentaje de acuerdo - Se envía nuevamente una encuesta en la que se pregunta sobre la conveniencia y claridad de las características definitorias y las definiciones operativas. Además, se aportan los porcentajes de acuerdo para cada ítem y los comentarios realizados para que puedan ser compartidos por el resto de expertos. Del mismo modo, nuevamente los expertos pueden realizar observaciones si lo consideran adecuado. Con las respuestas obtenidas se determina el porcentaje de acuerdo para cada característica definitoria y definición operativa.

— **Ronda IV:** Informe final - En la ronda IV se envía un informe final con el resultado del consenso. En esta fase se recomienda que para aceptar las características definitorias y sus definiciones operativas se haya logrado un porcentaje de acuerdo del 70% respecto a su conveniencia y su claridad.

Método propuesto

El método propuesto para realizar la validez de contenido de la taxonomía por parte de la AENTDE sería una aproximación mixta utilizando aspectos definidos por Grant y Kinney (1992) en la técnica Delphi y el método de Fehring (1986) con las modificaciones de Sparks y Lien-Gieschen^{xviii} (1994) . Así mismo, se introduciría un nuevo aspecto como es el grado de “diagnosticidad” de la etiqueta (en qué medida la etiqueta es un diagnóstico enfermero que permite la intervención independiente sin el concurso de otro profesional).

La validación se realizaría en dos fases:

FASE I

En esta fase se determinarán las dimensiones de la validez de contenido intrínseca de la etiqueta y la definición:



Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.

Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004



V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA

Etiqueta

Variable: Claridad de la etiqueta: La etiqueta es inteligible y fácil de comprender

Valores: 1, nada inteligible; 2, poco inteligible; 3, algo inteligible; 4, bastante inteligible; y 5, muy inteligible.

Variable: Capacidad de intervención: La enfermera puede intervenir de forma independiente sin la participación de otro profesional.

Valores: 1, ninguna capacidad de intervención independiente; 2, poca capacidad de intervención independiente; 3, alguna capacidad de intervención independiente; 4, bastante capacidad de intervención independiente; y 5, mucha capacidad de intervención independiente.

Definición diagnóstica

Variable: Claridad de la definición: La definición es inteligible y fácil de comprender

Valores: 1, nada inteligible; 2, poco inteligible; 3, algo inteligible; 4, bastante inteligible; y 5, muy inteligible.

Variable: Coherencia: La definición expresa de forma exacta el significado de la etiqueta diagnóstica y no recurre a los términos empleados en la etiqueta.

Valores: 1, nada coherente; 2, poco coherente; 3, algo coherente; 4, bastante coherente; y 5, muy coherente.

Se calcula el coeficiente ponderado para cada variable. Los coeficientes ponderados se obtienen mediante la suma de los pesos asignados en cada respuesta, dividida entre el número total de respuestas. Los pesos asignados son: 5=1; 4=0,75; 3=0,50; 2=0,25; 1=0.

Respecto la validez de contenido intrínseca de la etiqueta se valorarán cuatro aspectos:

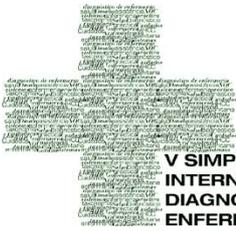
Coeficiente ponderado de Claridad de la etiqueta:

Se considerará un valor entre 0,6 y 0,79 como alto. Los valores superiores o iguales a 0,8 se considerarán muy altos.



Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.

Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004



**V SIMPOSIUM
INTERNACIONAL DE
DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMERÍA**

Coefficiente ponderado de Capacidad de intervención:

Para que se pueda recomendar el uso de las etiquetas diagnóstica se recomienda que las categorías diagnósticas cuente con una capacidad de intervención mayor a 0,75.

Coefficiente ponderado de Claridad de la definición:

Se considerará un valor entre 0,6 y 0,79 como alto. Los valores superiores o iguales a 0,8 se considerarán muy altos.

Coefficiente ponderado de Coherencia:

Se considerará un valor entre 0,6 y 0,79 como alto. Los valores superiores o iguales a 0,8 se considerarán muy altos.

Esta fase tiene como objetivo depurar la taxonomía con el propósito de emitir una recomendación de uso por parte del AENTDE.

ⁱ Fortin MF (1999) El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill. Interamericana

ⁱⁱ Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M.(1999) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enfermería Clínica. 9(3):115-120

ⁱⁱⁱ Polit-Hungler(1997) 5º Ed. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México:McGraw-Hill Interamericana Editores

^{iv} Cuesta A., Guirao J.A., Benavent A (1994). Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español. Madrid: Diaz de Santos.

^v Ugalde Apalategui, M; Rigol i Cuadra, A. (1995). Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona:Masson.

^{vi} Waltz, CF; Strickland, OL; Lenz, ER. (1991) Measurement in nursing research (2º Ed). Philadelphia: F.A. Davis

^{vii} Parker, L; Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis.. 4(9):144-150.

^{viii} Frías Osuna, A; Del Pino Casado, R; Germán Bes, C; Alguacil González, F; Cantón Ponce, D; Pulido Soto, A; Sánchez Jurado, L; Calleja Herrera, A; Rodríguez Cobo, D; Romero Aranda, A. (1993) Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. Enferm Clínica 3(3):102-108

^{ix} Fehring,R.J.(1986). Validating diagnostic labels: standardized methodology En Hurley M.E. (Ed). Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the sixth conference. NANDA. St Louis.. Mosby Company.

^x Fehring, R (1994). The Fehring model. En: Carroll-Johnson Paquette: Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott Company: 55-57



**Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber.
Valencia , 13 y 14 de mayo de 2004**

