

Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera “sedentarismo”

JOSEP ADOLF GUIRAO-GORIS*, PATRICIA MORENO PINA** Y PALOMA MARTÍNEZ-DEL CAMPO***

*Enfermero comunitario. Centro de Salud de Los Alcázares. Murcia.

**Enfermera Comunitaria. Centro de Salud de Molina La Riera.

***Subdirectora de Enfermería. Unidad Docente. Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Resumen

Para la enfermera comunitaria se hace necesaria la descripción de una etiqueta diagnóstica que se refiera al estilo de vida caracterizado por una actividad física baja. Para ello, partiendo de la definición de una etiqueta diagnóstica se consensúa mediante panel de expertos y técnica Delphi su denominación y realizamos la validación del contenido diagnóstico (VCD) de una nueva etiqueta siguiendo el método descrito por Fehring (1986).

La denominación de la etiqueta fue “sedentarismo” y se describieron dos características definitorias de carácter crítico con un índice de VCD superior a 0,80 y dos con un índice de VCD entre 0,75 y 0,80. El índice de validez de contenido global para la etiqueta diagnóstica fue de 0,84.

Palabras clave: Validación de contenido diagnóstico. Diagnóstico enfermero. Sedentarismo.

The validation of the diagnostic content of the diagnostic label “Nursing sedentarism”

For community nurses the description of a diagnostic label referring to a life style characterized by low physical activity is required. From the definition of a diagnostic label the

Correspondencia: Josep Adolf Guirao Goris
C/Prof. Ángel Lacalle 4-12.
46014 Valencia.
Correo electrónico: adolf@ono.com

Aceptado para su publicación el 13-12-2000.

denomination is established by a panel experts and the Delphi technique and the validation of the diagnostic content (VDC) of a new label is performed following the method described by Fehring (1986).

The denomination of the label was sedentarism and two critical definitory characteristics are reported with an index of VDC greater than 0.80 and two with a VDC index from 0.76 to 0.80. The Index of the Validity of global content for the diagnostic label was 0.84.

Key words: Validation of diagnostic content. Nursing diagnosis. Sedentarism.

Introducción

Los diagnósticos enfermeros constituyen un marco útil para la investigación enfermera porque definen las situaciones de salud que identifican y tratan las enfermeras en la práctica clínica independiente¹.

El pensamiento crítico requiere el uso y aceptación de nuevos diagnósticos². El uso de los diagnósticos enfermeros hace necesario realizar estudios de validación de contenido³.

En el trabajo de la enfermera comunitaria, el papel de promoción de la salud forma parte de su rol profesional. Dentro de diferentes marcos conceptuales enfermeros, la actividad física de la persona es valorada como la necesidad de moverse y mantener una postura conveniente⁴ o como el requisito universal de autocuidado “equilibrio entre actividad y reposo”⁵.

Son numerosos los estudios^{6,7} que relacionan la actividad física con una menor incidencia de la morbilidad cardiovascular. Otros investigadores⁸⁻¹²

describen el enorme beneficio que puede proporcionar un programa adecuado de ejercicio físico, tanto en personas sanas como en personas con afecciones crónicas como hipertensión, diabetes mellitus y dislipemias. El ejercicio físico se ha asociado, específicamente, con la prevención del cáncer de colon, de mama y de los órganos reproductores femeninos¹³. Además, psicológicamente la actividad física alivia la ansiedad, la depresión, ayuda a mejorar la propia imagen y la autoestima, y mejora la calidad del sueño¹⁴.

El tratamiento no farmacológico de numerosas afecciones crónicas, y en particular el ejercicio físico¹³, ocupa un lugar cada día más importante dentro de los diferentes esquemas terapéuticos.

Es necesario poder distinguir entre actividades de la vida diaria, actividad física baja y actividad física óptima, por lo que aportamos definiciones encontradas en la bibliografía revisada:

Actividad física: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que tiene como resultado un gasto energético⁸.

Ejercicio físico: actividad física planificada y repetitiva que tiene como objeto la mejora o mantenimiento de la actividad física⁸.

Actividad de la vida diaria (AVD): es un fenómeno de enfermería relacionado con el autocuidado, cuyas características específicas son las acciones que se requieren para mantenerse en el desempeño de las actividades cotidianas en un día normal; incluye tareas básicas como comer, vestirse, asearse, etc.¹⁵.

Actividades operacionales de la vida diaria (AOVD): es un fenómeno de enfermería relacionado con la actividad de la vida diaria, cuyas características específicas son diversas actividades básicas que se realizan en un día normal, como ir de compras, lavar la ropa, hacer transacciones de dinero, preparar las comidas, mantenimiento del hogar y actividades de trabajo¹⁶.

Tras la revisión de los artículos de la búsqueda bibliográfica, el equipo investigador definió los conceptos del siguiente modo:

Actividad física baja: incluye la realización de las AVD, AOVD y la actividad física de menos de treinta minutos, tres días a la semana, de un ejercicio simple como andar, pasear en bicicleta o nadar suavemente.

Actividad física óptima: incluye la realización de las AVD, AOVD y una actividad física programada superior a treinta minutos, tres días a la semana (siempre refiriéndonos a personas que no tengan una incapacidad física para realizarlo).

Existen en el mundo diversas clasificaciones de diagnósticos enfermeros, de los cuales la taxonomía diagnóstica de la NANDA está muy difundida entre los profesionales españoles, así como algunas expe-

riencias genuinas del contexto español¹⁶⁻¹⁹. El Consejo Internacional de Enfermeras está elaborando una Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE) que está en proceso de validación internacional²⁰.

La NANDA establece en sus criterios para las etapas de desarrollo de los diagnósticos enfermeros que para la validación de una nueva etiqueta diagnóstica es necesario que "la etiqueta y la definición sean distintas y contrastadas respecto a otros diagnósticos"²¹.

Hasta la fecha no existe en la taxonomía diagnóstica de la NANDA²² ni en la CIPE una etiqueta diagnóstica que haga referencia al estilo de vida caracterizado por una actividad física baja.

Por ello decidimos precisar como objetivos de nuestro estudio:

– La validación de contenido de una nueva etiqueta diagnóstica cuya definición es:

Respuesta humana que supone un hábito de vida que se caracteriza por una actividad física baja y que puede conllevar un riesgo para la salud.

– Consensuar la denominación o etiqueta diagnóstica de dicha respuesta humana.

Material y método

Se trata de una investigación cuantitativa y el método utilizado ha sido el de consenso. Gordon²³ denomina a este tipo de estudio de validación de diagnósticos enfermeros, estudio de depuración.

Fortín²⁴ define la validación de contenido como la representatividad del conjunto de enunciados que constituyen el concepto que se va a medir. Refiere como procedimiento para medirla el juicio de expertos sobre la elección de los enunciados de un instrumento de medida de carácter fáctico.

Para la validación de contenido Fehring²⁵ propone la realización de un tipo de diseño estandarizado, que se basa en la opinión de expertos y en la obtención del grado en que cada característica definitoria es indicativa de un diagnóstico dado.

Son 10 enfermeras las que constituyen la muestra y forman el panel de expertos (el número ideal para conseguir representatividad es de nueve según Berra et al). La selección se ha realizado entre las enfermeras/os que conocen los investigadores; se ha elegido a aquellos que tienen un perfil común y que nos interesan para este estudio. Hemos procurado que el perfil se ajuste lo máximo al necesario para desarrollar un panel de expertos homogéneo²⁶ y poder conseguir un acuerdo en la etiqueta diagnóstica así como consensuar sus manifestaciones e identificar factores relacionados. Estos autores proponen el siguiente perfil para los panelistas:

– Grado de motivación intrínseca (sólo compensación intelectual y no material).

– Prestigio, reconocimiento científico y a ser posible representatividad.

– Disponibilidad para la lectura crítica de la bibliografía que se les envía respecto al tema de estudio.

– Amplitud de conocimientos e interés en el tema.

– Actitud y aptitud científica (basar sus decisiones en equilibrio entre los hechos y los datos).

A dicho perfil hemos añadido que trabajen o dominen el proceso de atención de enfermería y los diagnósticos enfermeros.

Estas enfermeras proceden de diferentes provincias (una de Granada, tres de Valencia, una de Barcelona, una de Murcia, dos de Canarias y uno de Jaén).

Todos conocen el trabajo de enfermería en atención primaria de salud, aunque desempeñen diferentes responsabilidades: seis enfermeras en centros de salud, dos profesoras de universidad, uno en gestión, uno en planificación y en un enfermero concurren las circunstancias de trabajar en un centro de salud y ser profesor en la universidad.

Se excluyó a un experto porque no contestó a las encuestas tras enviarle la carta recordatoria. Por tanto, la muestra la compusieron nueve enfermeras.

El estudio se ha realizado entre enero de 1999 y junio de 2000.

Se eligió como método de consenso el panel de expertos y el método Delphi^{27,28}.

El instrumento de recolección de información es una encuesta estructurada autocumplimentable; no es anónima y está formada por preguntas abiertas y cerradas (anexo 1).

La encuesta se divide en tres apartados: definición de una etiqueta diagnóstica a la que deben dar nombre los expertos del panel; otro apartado en el que deben enumerar las manifestaciones que consideren que se dan con mayor frecuencia, y en tercer lugar, los factores etiológicos que pueden desencadenar con mayor frecuencia la situación definida.

Etapas del proceso de validación

En el proceso de validación de la etiqueta diagnóstica utilizamos el método Delphi con tres rondas. En cada ronda facilitábamos sobre y sello para devolución de la encuesta por correo y garantizarnos así una tasa de respuestas más elevada.

En la *primera etapa* o ronda se envió la encuesta (anexo 1) y la documentación del tema de estudio, con el objetivo de que los panelistas realizaran una lectura crítica antes de contestar. Dicha documentación aportaba información en profundidad sobre la importancia de la actividad física, los diagnósticos enfermeros existentes, los métodos de validación de nuevas etiquetas diagnósticas y el método de investigación que se utilizaría en el estudio.

Esta fase finalizó con el envío de sus respuestas al equipo investigador.

ANEXO 1. Encuesta inicial remitida al panel de expertos

Lee esta definición para después contestar preguntas respecto a ella:

"Respuesta humana que supone un hábito de vida (1) que se caracteriza por una actividad física baja (2) y que puede conllevar un riesgo para la salud".

(1) Definiciones de la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE). "Actividad de la vida diaria" es un fenómeno de enfermería relacionado con el autocuidado, cuyas características específicas son: acciones que se requieran para mantenerse en el desempeño de las actividades cotidianas en un día normal.

(2) Actividad física baja: entendiendo tal como la realización de 30 minutos, tres veces a la semana, de actividad física como andar, pasear en bicicleta o nadar suave.

a) ¿Qué nombre darías a la situación que se describe?

b) ¿Qué manifestaciones crees que se darían con mayor frecuencia en la práctica clínica?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

c) ¿Qué factores crees que pueden desencadenar con mayor frecuencia dicha situación en la práctica clínica?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

En la *segunda etapa* el equipo investigador, mediante la categorización y más concretamente analizando las "unidades de contexto" (que son los segmentos de información más pequeños), sistematizó la información de los expertos, con objetivo de que resultase significativa respecto a los objetivos del estudio.

Dicha categorización se envío de nuevo a cada experto, junto con su respuesta previa, para que dieran prioridad a los posibles nombres de etiquetas que habían sugerido y seleccionaron en primer lugar aquella que más se ajustaba a la definición. Debían elegir tres, asignando el valor 3 a la etiqueta que era muy representativa de la definición propuesta; el valor 2 a la etiqueta que era medianamente representativa, y el valor 1 a la que era algo representativa de la definición aportada.

A cada característica definitoria que el equipo investigador había categorizado los expertos debían asignar diferentes valores que describe Fehring²⁹:

1. En absoluto indicativo o característico del diagnóstico.
2. Muy poco característico.
3. Algo característico.
4. Considerablemente característico.
5. Muy característico.

Con posterioridad, el equipo investigador, siguiendo el método propuesto por Fehring³⁰, realizó el cálculo de los pesos para cada característica definitoria, asignando pesos a cada valoración de la siguiente forma: 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75, y 5 = 1. Para que el valor máximo que puedan alcanzar sea 1, sumando los pesos asignados por cada experto y calculando la media. Se descartaron las características con pesos inferiores a 0,50.

La puntuación obtenida se denomina validez del contenido diagnóstico (VCD). Las características definitorias con VCD superiores o iguales a 0,80 se consideraron críticas. Las situadas entre 0,79 y 0,50 se definieron como menores.

Finalmente se obtiene el índice de validez de contenido, que es la puntuación total para cada diagnóstico, sumando los pesos individuales de cada característica de mayor o menor y dividiendo por el número de estas características.

Al final de este cuestionario se apuntaban los factores etiológicos aportados en la etapa anterior, y se daba a los encuestados opción de que añadieran algún otro.

Esta segunda etapa concluyó con el envío de las respuestas.

En la tercera etapa finalizamos el proceso, dando a conocer a los encuestados el consenso de la etiqueta, las características definitorias y los factores etiológicos. De esta manera quedó terminado este proceso de validación de contenido de la etiqueta diagnóstica.

El método de análisis es el de categorización (para las respuestas abiertas) propio de la investigación cualitativa. Mediante la categorización, y más concretamente analizando las "unidades de contexto" (que son los segmentos de información más pequeños), hemos podido sistematizar la información de los expertos, con objeto de que resulte significativa respecto a los objetivos del estudio.

Las mediciones numéricas han sido frecuencias, medias y desviación estándar; con esta estadística se ha dado prioridad a las respuestas obtenidas con el método Delphi.

Resultados

Los resultados obtenidos en la primera ronda de la encuesta, una vez sometidos a categorización mediante el análisis de "unidades de contexto", fueron los siguientes:

Las denominaciones para la etiqueta diagnóstica fueron las que se recogen en la tabla 1.

TABLA 1. Denominaciones propuestas por los expertos para la etiqueta diagnóstica (primera etapa)

Etiqueta diagnóstica propuesta	Número de expertos que la proponen
Sedentarismo	3
Déficit de actividad física	1
Actividad física diaria baja	1
Déficit de ejercicio físico	1
Actividad física baja	1
Hipoactividad para elevar el potencial o mejorar el estado de salud	1
No contesta	1

Sedentarismo, déficit de actividad, actividad física diaria baja, déficit de ejercicio físico, actividad física baja e hipoactividad para elevar el potencial o mejorar el estado de salud.

Las características definitorias fueron:

– La familia o la persona expresa verbalmente tener hábitos de vida sedentarios. Verbaliza: "realizo menos de treinta minutos de (...*)"

*actividad física específica.

FORMA FÍSICA
Durante las 2 últimas semanas...
¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

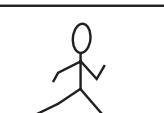
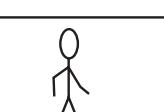
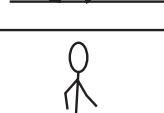
Muy intensa (por ejemplo: correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo: correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo: caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo: caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo: caminar lentamente o no poder caminar)		5

Fig. 1. Lámina de forma física de COOP/WONCA para medir la calidad de vida. Reproducida con autorización de Lizán Tudela et al³¹.

– Realización exclusiva de actividades operacionales de la vida diaria.

– Capacidad disminuida para la realización de ejercicio físico: mala forma física, la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos fue superior o igual a 3 de acuerdo con la lámina de forma física de las viñetas COOP/WONCA para medir calidad de vida³¹ (fig. 1).

– Pereza. Manifestación verbal con preferencia de actividades de escaso o nulo contenido de actividad física.

– Aumento de peso. Aumento del índice de masa corporal. Aumento del tejido adiposo.

– Cansancio.

– Alteraciones de la presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria en respuesta para la adaptación a un ejercicio físico.

Como factores etiológicos se identificaron:

– Falta de hábito para hacer ejercicio.

– Falta de motivación. Desinterés.

– Falta de conocimientos sobre las ventajas para la salud de la realización de ejercicio físico.

– Falta de adiestramiento para la realización de ejercicio físico.

– Falta de compañía para realizar ejercicio físico.

Estos resultados fueron enviados a los expertos en la segunda ronda para que seleccionasen la etiqueta diagnóstica, asignasen pesos a las diferentes características definitorias, y sugriesen algún factor etiológico más.

En la segunda etapa contestaron los nueve expertos. Se desecharó una de las encuestas por no estar contestada de acuerdo con las instrucciones de cumplimentación. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Etiqueta diagnóstica. La etiqueta elegida fue “Sedentarismo”, con una puntuación de $2,88 \pm 0,33$; la puntuación máxima posible era de 3 y la mínima de 0. Como segunda opción fue elegida “Déficit de actividad física”, con una puntuación de $1,25 \pm 0,66$. (tabla 2).

Características definitorias. De las características definitorias surgidas en la primera etapa y tras el proceso de asignación de pesos para cada una de ellas, se desecharon las que obtuvieron pesos medios inferiores a 0,50 (tabla 3). El índice de validez de contenido para la etiqueta diagnóstica fue de 0,84.

Factores etiológicos. A los factores etiológicos sugeridos en la segunda etapa se añadieron (tabla 4):

– Bajo estado de ánimo.

– Falta de tiempo o de recursos.

TABLA 2. Denominación consensuada por los expertos de la etiqueta diagnóstica con la puntuación media obtenida y desviación estándar (segunda etapa)

Etiqueta diagnóstica consensuada	Puntuación
Sedentarismo	$2,88 \pm 0,35$
Déficit de actividad física	$1,25 \pm 0,71$
Actividad física diaria baja	$0,13 \pm 0,35$
Déficit de ejercicio físico	$1,00 \pm 1,07$
Actividad física baja	$0,75 \pm 1,03$
Hipoactividad para elevar el potencial o mejorar el nivel de salud	$0,0 \pm 0,0$

Rango de puntuación [0,3].

TABLA 4. Factores etiológicos identificados para la etiqueta diagnóstica “sedentarismo”

Factores etiológicos
Falta de hábito para hacer ejercicio
Falta de motivación. Desinterés
Falta de conocimientos sobre las ventajas para la salud de la realización de ejercicio físico
Falta de adiestramiento para la realización de ejercicio físico
Falta de recursos. Falta de compañía para realizar ejercicio físico
Bajo estado de ánimo
Falta de tiempo

TABLA 3. Puntuación de la validez de contenido diagnóstico para cada una de las características definitorias (segunda etapa)

Característica definitoria	Puntuación VCD	Tipo de característica
La familia o la persona expresa verbalmente tener hábitos de vida sedentarios. Verbaliza “realizo menos de 30 minutos de una actividad física específica”	$1,00 \pm 0,00$	Crítica
Realización exclusiva de actividades operacionales de la vida diaria	$0,75 \pm 0,25$	Menor
Capacidad disminuida para la realización de ejercicio físico: mala forma física Puntuación en lámina de forma física COOP/WONCA ≥ 3	$0,75 \pm 0,21$	Menor
Pereza, manifestación verbal de preferencia de actividades de escaso o nulo contenido en actividad física	$0,84 \pm 0,13$	Crítica
Aumento de peso. Aumento de IMC. Aumento de tejido adiposo	$0,41 \pm 0,35$	Desestimada
Cansancio	$0,34 \pm 0,27$	Desestimada
Alteraciones de la PA, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria en respuesta a la adaptación a un ejercicio físico	$0,41 \pm 0,30$	Desestimada

Las características definitorias obtenidas con una puntuación inferior a 0,50 son desestimadas.

Discusión

El índice de validez de contenido global obtenido para las características definitorias se sitúa por encima de 0,8, con lo que se puede considerar que la etiqueta diagnóstica tiene una validez de contenido alta. Fehring³² considera una puntuación en el índice de validez de contenido superior a 0,89 como muy alta.

Una de las limitaciones que tienen los estudios de validez de contenido diagnóstico (VCD) es que se deben utilizar verdaderos expertos³³. Fehring propone varias cualidades que deben caracterizar a los expertos: ser licenciados en enfermería, tener experiencia clínica demostrada en diagnósticos enfermeros o haber realizado investigaciones. En nuestro caso, salvo el primer aspecto, la mayoría de los expertos consultados cumplen dichos criterios.

La VCD 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. Tras la VCD es necesaria la realización de estudios de validación clínica y estudios de validez de constructo³⁴.

Consideramos que los resultados obtenidos en este estudio tienen carácter exploratorio. Aunque los resultados obtenidos permiten la utilización de esta etiqueta diagnóstica en la práctica clínica, consideramos que es necesaria la realización de un estudio de validez consensual de la categoría diagnóstica con una muestra aleatoria de enfermeras³⁵. Es necesario depurar las características definitorias y desarrollar instrumentos que permitan medirlas. El estudio de la fiabilidad de dichos instrumentos debe ser previo a la realización de estudios de validez clínica.

Los resultados de esta investigación se van a comunicar y enviar tanto al Consejo Internacional de Enfermeras, para que considere la inclusión de esta etiqueta diagnóstica en la CIPE, como a la NANDA.

Agradecimientos. Al grupo de expertos: Francisca Anaya Cintas, Empar Benavent Garcés, Andrés Cuesta Zambrana, Rafael del Pino Casado, Gonzalo Duarte Climentes, Nieves Montesinos Afonso, Catalina Ruiz López, Josep Sánchez Monfort, Mercedes Ugalde Apalategui y Maribel Macián Morro.

A la Dra. Dorothy Jones y a la Dra. Margaret Lunney por facilitarnos la bibliografía poco accesible.

A la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) por facilitarnos el acceso a su fondo documental.

A la Fundación Index por facilitarnos la búsqueda bibliográfica en CUIDEN.

Al Prof. Abilio Reig y al Dr. Lizán por permitirnos reproducir la lámina de forma física de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida.

Bibliografía

1. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 2.^a ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1990.
2. Lunney M. Commentary to health behaviors of a young woman with multiple roles. Case Study. Nursing Diagnosis 2000; 11 (1): 38-39.
3. Parker L, Lunney M. Moving beyond content validation of nursing diagnosis. Nursing Diagnosis 1998; 9 (4): 144-150.
4. Wertman D, Tamara S, Henderson V. Definición de Enfermería. En: Marriner A (ed). Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: ROL, 1989.
5. Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
6. Peral Martínez R. Actividad física en Atención Primaria. Prescripción de ejercicio. Ponencia presentada en el IV Congreso de Atención Primaria de Salud de Murcia. Lorca, junio 1996.
7. Blair S, Panffenberg R. Physical fitness and all-cause mortality. JAMA 1989, 262: 2395-2401.
8. Wasserman DH, Abumrad NN. Physiological bases for the treatment of the physically active with diabetes. Sports Medicine 1988; 7: 376-392.
9. Declaración de consenso del consejo del Colegio de Médicos. Prescripción de ejercicio físico para la salud. Barcelona: Ed. Paidotribo, 1996.
10. Sociedad-Liga Española para la Lucha contra la HTA. Control de la HTA en España, 1996. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
11. Rodríguez FA. Prescripción de ejercicio y actividad física en personas sanas. Atención Primaria 1995; 15 (6): 394-400.
12. Barnett-Damewood MM, Carlson-Catalano J. Physical activity deficit: a proposed Nursing Diagnosis. Nursing Diagnosis 2000; 11 (1): 26-30.
13. Vázquez Altuna J et al. Evaluación de la efectividad de un programa de ejercicio físico en la disminución del peso graso. Atención Primaria 1994; 14 (4): 711-716.
14. Peterson J. 10 of the best reasons to exercise. ACM's Health and Fitness Journal 1997; 2 (1): 10.
15. La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería. Versión Alfa. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Ginebra, 1996.
16. Martínez M, Custey MA, Francisco MA et al. Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria. Enfermería Clínica 1996; 1: 5-14.
17. Frías A, Del Pino R, Germán C et al. Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. Enfermería Clínica 1993; 3: 24-30.
18. Cuesta A, Guirao JA, Benavent A. Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1994.
19. Ugalde M, Rigol A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Barcelona: Ed. Masson, 1995.
20. CIE. Op cit.
21. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación, 1997-1998. Madrid: Harcourt Brace, 1997.
22. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación, 1999-200. Madrid: Harcourt Brace, 1999.
23. Del Pino Casado R, Ugalde Apalategui M. Líneas de investigación en diagnóstico enfermero. Enferm Clínica 1999; 9 (3): 115-120.
24. Fortin MF. El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1999; 182-183.
25. Fehring RJ. Method to validate nursing diagnosis. Heart & Lung 1987; 16 (6): 625-629.
26. Berra de Unamuno A, Marín León I, Álvarez Gil R. Metodología de expertos. Consenso en Medicina: "Sistématica para la composición de los paneles de expertos". Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública - Junta de Andalucía, 1996; 71-80.
27. Creason NS. Operational and conceptual definition tool development in nursing diagnosis in validation research. En: Carroll-Johnson & Paquette (ed). Clasification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference. J.B. Lippincott Company, 1994.
28. Grant JS, Kinney MR. Using the Delphi. Technique to examine the content validity of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis 1992; 3: 12-22.
29. Fehring. Op cit.
30. Fehring. Op cit.
31. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. Atención Primaria 1999; 23 (2): 75-83.
32. Fehring R. Validating diagnostic labels: Standardizing methodology. En: Hurley M (ed.). Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference. St. Louis: NANDA, 1986; 183-190.
33. Griffith Whitley G. Progress and methodologies for research validation of nursing diagnoses. Nursing Diagnoses 1999; 10 (1): 5-14.
34. Parker L, Lunney M. Op. cit.
35. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Madrid: Mosby Doyma, 1996.