



Premios 2008

de Proyectos de Investigación
IX Edición





Validación de la Etiqueta Diagnóstica de la Taxonomía Enfermera NANDA “Aislamiento Social” Relacionado con Padecimiento de Enfermedad Mental: Esquizofrenia



Autor: Urtzi Blancou Gaztañaga

Tutora de proyecto: M^a Teresa Lluch Canut

Promoción: 2007-2008

Unidad Docente: Corporacio Sanitaria Clinic - Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
/ Escola Universitaria d´Infermeria - Universitat Barcelona

AGRADECIMIENTOS

Eskerrik asko Ama, Aita, Jon, Gurutz eta Alicia; nire senideei eta nire benetako lagun minei. Eskerrik asko danoi aurkitzen naizen erbesteratze bolondres honetara, bai elkarrizketa telefonikoz, bai bisita laburretan, bidalitako eta ekarritako zuen indar laguntzaileengatik eta bueltatu naizen bakoitzean inoiz joan ez banintz bezala sentiarazteagatik.

Debo reconocer que todo este trabajo no podría haber sido posible sin la magnífica supervisión de mi directora de proyecto Teresa. Gracias Teresa por esos ánimos y por creer tanto en mi potencial.

Gracias a esa nueva familia que se ha creado en EnteÇa 176, por hacerme parte de ella, por aguantar mis malos momentos, mis momentos de bricolaje y mis momentos creativos, Roberto Carlos!, mis momentos de necesidad revulsiva y como no por hacer desaparecer ese pijama que tanto miedo me llegó a dar.

Gracias a toda esa gente que he conocido en el Clinic, profesionales, personas ingresadas y familiares que han hecho que este año sea diferente, que me han dado siempre lo mejor de ellos y que me han hecho participe de un equipo increíble. Adultos, Infanto-Juvenil, Interconsulta, CSM, CSMIJ, Hospital de Día y como no el turno tarde.

Gracias a Chile, Italia, Les Illes, Barcelona, Córdoba y otros tantos sitios más por mandarme a esa gente maravillosa. Auxi, Antonia, Tommaso, Andrea, Brunella, Rita, Silvia, Teresa, Mery, Undurraga y Flaca, eskerrik asko danoi.

ÍNDICE

1	RESUMEN	5
2	INTRODUCCIÓN	7
3	ANTECEDENTES	8
4	JUSTIFICACIÓN	10
5	METODOLOGÍA	15
6	CRONOGRAMA	18
7	PRESUPUESTO	19
8	BIBLIOGRAFÍA	20
9	ANEXOS	24





RESUMEN

Proiektu honen helburua isolamendu sozialaren balioztatzea da eskizofrenia gaixotasunarekin erlazionatuz. Horretarako, aditu talde batez baliatuko gara, aditu hauek fehrling-en modeloa eta Guiraok egindako aholkuak estatu espainiarrerako, jarraituz definituko ditugu. Behin adituak mugatuta, eduki balioztatze proiektuak Fehrling-en diagnostiko eduki balioztatzerako modeloa jarraituko du. Lagina, 300 erizain adituz osatuta egongo da, ausaz labin proportzional estratifikatu batez lortutakoa. Proiektu honekin espero dugu erizainen lanabesak, *Noth American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) taxonomia, bere txartel diagnostikoak eta ezaugarri bereizgarriak, besteak beste balioztatuta gera bitez bere erabilpen aproposalako estatu espainiarrean.

El propòsit d'aquest projecte és obtenir la validació del contingut de l'etiqueta diagnostica de aillament social en pacients amb esquizofrènia. Per això farem ús d'un grup d'experts, definits mitjançant el model Fehrling i les recomanacions de Guirao, pel seu desenvolupament en l'àmbit espanyol. Una vegada definits els experts, l'estudi psicomètric de validació de contingut, segueix el model de Fehrling per la validació de contingut diagnòstic. La mostra consistirà en 300 infermeres expertes seleccionades a l'atzar d'una mostra proporcional estratificada de totes les infermeres que compleixin per ésser considerades expertes. Amb el desig en aquest projecte de que les eines del treball de la infermeria, com son la taxonomia *Noth American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), les seves etiquetes diagnostiques i les característiques definitòries quedin validades pel seu correcte ús a l'àmbit espanyol.

El propósito de este proyecto es obtener la validación de contenido de la etiqueta diagnóstica aislamiento social en pacientes con esquizofrenia. Para ello haremos uso de un grupo de expertos, definidos mediante el modelo de Fehrling y las recomendaciones de Guirao, para su desarrollo en el ámbito español. Una vez definidos los expertos el estudio psicométrico de validación de contenido sigue el modelo de Fehrling para la validación de contenido diagnóstico. La muestra estará constituida por 300 enfermeras expertas seleccionadas al azar de entre la población de enfermeras que cumplan los requisitos para ser consideradas expertas. Esperamos que este proyec-



to pueda servir para potenciar la calidad de las herramientas de trabajo de la enfermería y en concreto deseamos contribuir a validación de la taxonomía *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), con sus etiquetas diagnósticas y características definitorias para que puedan ser aplicadas de forma adecuada al contexto español.

The purpose of this study is to obtain the diagnostic content validity (DCV) of nursing diagnosis *social isolation* related to patient with schizophrenia. For this, we should use an expert group defined by Fehring's model and Guirao's recommendations, for the Spanish context. Once defined the expert group the psychometric study follows Fehring's Diagnostic Content Validity model. The sample will be consisted of 300 registered nurses selected randomly from all the nurse population that fulfil the requirements for been considered expert. We hope this study should be useful to promote the quality of the nursing tools and specifically, we wish to contribute to validate the *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) taxonomy, the nursing diagnosis and the defining characteristics to use them correctly in the Spanish context.



2 INTRODUCCIÓN

Siempre he pensado que la soledad son esos momentos que debemos aprender a disfrutar, la soledad en medio de un espacio irrepetible, la soledad rodeado de gente, la soledad tras las puertas de tu casa. Momentos de soledad en los que puedes dejar libres tus pensamientos y llegar a asociaciones cósmicas que llegan a sorprender a uno mismo. La soledad como consejera de grandes pensadores. La soledad...

Pero cierto es también, que en muchas ocasiones esta soledad se convierte en la peor compañera de viaje, rampa por la que nos deslizamos a las profundidades más inhóspitas, acompañante enemiga, asesora de los peores consejos y percutor de las acciones más dramáticas.

Desde mi inicio en la salud mental como enfermero, me llamó la atención la lucha diaria a la que se debían y deben enfrentar las personas que padecen esquizofrenia. Aparte de la batalla contra la enfermedad encapsulando delirios y tomando medicación que no aprecian necesaria, luchan contra miles de mitos y leyendas que rodean la enfermedad. Llegando en muchas ocasiones a ser separados de la sociedad bien por medio del retiro institucional, bien siendo aislados dentro de la misma sociedad, abandonados en el brazo de la soledad.

Como profesional de la salud, pienso que puedo y debo hacer lo necesario para la resolución de este problema de salud, el aislamiento social. Pero también soy consciente de la necesidad de herramientas e instrumentos de trabajo de gran precisión y rigor para la elaboración de un trabajo de calidad. Es por ello que, el objetivo de este proyecto no es otro que el de validar la etiqueta diagnóstica de la taxonomía enfermera aislamiento social relacionado con patología psiquiátrica de la esquizofrenia. Esta validez del contenido de la etiqueta diagnóstica y de sus características definitorias se realizará mediante el uso de un grupo de expertos, aunque todo ello se explicará de forma exhaustiva en el apartado correspondiente.

3 ANTECEDENTES

Los modelos de validación que se reflejan en la literatura enfermera son los de Gordon y Sweney¹ que presentan modelos retrospectivos y clínicos; y los modelos de Fehring², derivados de los anteriormente mencionados, en los que se propone tres grados de validación: a) la validación del contenido diagnóstico b) validación del diagnóstico clínico y c) la correlación de las clasificaciones etiológicas. Basados en estos modelos, diversos autores han realizado estudios de validación para un diagnóstico determinado como por ejemplo Mc Shane y Mc Lane³ y Gershan et al⁴. También existen quienes han hecho uso de ellos para la validación de un grupo de diagnósticos relacionados entre si, como Mc Donald⁵ y para la validación de los diagnósticos identificados en un grupo determinado de personas, como la investigación realizada por Hoskins et al⁶ o la realizada por Lien-Gieschen⁷.

Aunque la mayoría de estudios sobre validación entorno a los diagnósticos de enfermería han sido realizados en el ámbito de la enfermería norteamericana, también existen estudios realizados en el ámbito español. Concretamente, Colomar et al⁸, Sales et al^{9,10,11}, Serrano et al¹², Roldán Merino et al¹³, Cuesta Zambrana et al¹⁴, Santiuste et al¹⁵, Román Cereto M et al¹⁶ realizaron trabajos sobre diagnósticos enfermeros mediante estudios descriptivos. Según las referencias bibliográficas, el primer estudio de validez de contenido sobre diagnósticos enfermeros realizado en España fue llevado acabo por Frias Osuna et al¹⁷, aunque no utilizaron las etiquetas diagnósticas de la *Noth American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), sino que elaboraron una clasificación adaptada a sus necesidades de estudio. En cuanto a los estudios de validación, que sí han hecho uso de las etiquetas diagnósticas NANDA, encontramos estudios de validación realizados en áreas o unidades asistenciales concretas como Quero¹⁸ o González¹⁹ que realizaron la validación de las categorías diagnósticas NANDA en cuatro áreas asistenciales: salud mental, neonatología, cuidados intensivos y atención primaria. Así mismo Giménez²⁰ hizo uso del modelo propuesto por Fehring (1987) para validar la *respuesta disfuncional al destete del respirador*. De igual manera Guirao, Moreno y Martínez-Del²¹ han hecho uso de este modelo para validar la nueva etiqueta diagnóstica *sedentarismo*.



La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica recurrente que tiene una prevalencia mundial del 1% durante la vida, independientemente de la cultura, la clase social y la raza. La esquizofrenia se caracteriza por síntomas positivos como alucinaciones y delirios y síntomas negativos como perturbación emocional y aislamiento. La cuarta parte de las personas que presentan un episodio de esquizofrenia se recupera y la enfermedad no vuelve a aparecer. Otro 25% presenta una enfermedad que no remite. La mitad de las personas diagnosticadas presentan enfermedad recurrente, pero con episodios prolongados de recuperación considerable de los síntomas positivos. La medicación actual es efectiva para reducir los síntomas positivos, pero los síntomas negativos son bastante resistentes al tratamiento. Además, los tratamientos farmacológicos se asocian con efectos adversos y el coste general de la enfermedad para el individuo, sus cuidadores y la comunidad es considerable.

Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete²²

En la revisión bibliográfica realizada para este estudio, no hemos sido capaces de localizar estudios que buscasen o demostrasen la relación directa entre la esquizofrenia y el aislamiento social. Aun así, sí que se han hallado diversos trabajos donde se mencionaba el aislamiento social como parte de la sintomatología negativa de la enfermedad que padecen los pacientes con esquizofrenia; citados en Rummel²³. También encontramos escalas en las que entre las dimensiones a considerar incluyen el aislamiento social. Una muestra de estas escalas sería la escala para la evaluación de los síntomas negativos - EESN (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms-SANS*) (Andreasen 1982) utilizada por Xiong y Yang para evaluar los síntomas negativos²⁴ y la escala Morningside Rehabilitation Status Scale (Escala del estado de rehabilitación Morningside) - MRSS (Affleck 1984) también utilizada en el estudio de Yang²⁵.

4 JUSTIFICACIÓN

La salud mental de la población europea es un elemento importante en la consecución de alguno de los objetivos estratégicos que la Unión Europea (EU) tiene fijados, como son volver a colocar a Europa en la vía de la prosperidad duradera, mantener el compromiso europeo con la solidaridad y la justicia social y aportar beneficios tangibles a la calidad de vida de los ciudadanos de Europa²⁶.

Existen costes intangibles relacionados con la manera en que la sociedad trata a las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas; a pesar de que las opciones de tratamiento han mejorado y de que se ha avanzado en los cuidados psiquiátricos, esas personas siguen sufriendo la exclusión social, la estigmatización, la discriminación o la falta de respeto por sus derechos fundamentales y su dignidad.

En los últimos años se han emprendido varias iniciativas concretas en el marco de distintas políticas comunitarias. Las iniciativas enmarcadas en la política social y de empleo comunitario se han centrado en la no discriminación de las personas con enfermedades mentales, la inclusión social de quienes tienen alguna discapacidad mental y la prevención del estrés en el lugar de trabajo. Adopción de la Directiva 2000/78/CE, que prohíbe, entre otras cosas, la discriminación por razones de discapacidad en el ámbito del empleo²⁷. También debemos considerar las apreciaciones citadas en el informe para la comisión europea, *Health and Consumer Protection Directorate General*, realizado por el profesor Ville Lehtinen²⁸ sobre la estrecha relación entre las enfermedades mentales y la marginación que sufren las personas que las padecen. Así como, la necesidad de intervenir en numerosos ámbitos con la finalidad de erradicar esta situación. Tampoco debemos dejar de lado, el informe de ministros europeos *THE WHO European Ministerial*²⁹ donde, aparte de remarcar la estigmatización y el aislamiento que sufren las personas con trastornos mentales, se marcan líneas de acción prioritarias y necesarias para su desaparición.

Visto las propuestas de actuación europeas en cuanto a los trastornos mentales, la enfermería es un pilar de gran importancia en todas estas iniciativas. La enfermería forma parte de un equi-



po interdisciplinario dentro del ámbito sanitario de gran relevancia para ejecutar estas acciones. De hecho, la enfermería, entre sus competencias profesionales es responsable de numerosas acciones que cubren objetivos de los proyectos europeos en atención de la salud mental. Por ejemplo, la prevención y promoción de la salud es una de estas acciones. Otra competencia es lograr una comunicación/relación con el usuario y/o personas significativas. Estas dos competencias resaltan la importancia de la estrecha relación de la enfermería con el usuario, de su papel como promotor de la salud y de cómo la enfermera como profesional puede y debe intervenir en diversos problemas de salud; y de un modo concreto y tomando en consideración estas dos competencias la enfermera puede y debe: a) detectar características definitorias de la etiqueta diagnóstica aislamiento social y b) trabajar para la resolución de dicho problema de salud. La implicación y el compromiso profesional es otra de las competencias de la enfermera. Por lo que a esta competencia se refiere, la enfermera participará en la definición de políticas de búsqueda, investigación y docencia relacionadas con el ámbito de las competencias de la profesión. Diseñará líneas de investigación en el ámbito propio de la profesión y hará la difusión pertinente. Estabilizará los estándares y criterios de resultados de la práctica profesional³⁰. Para la correcta ejecución de todas estas acciones, son indispensables herramientas de trabajo de máxima precisión. El utilizar la taxonomía diagnóstica NANDA como herramienta de trabajo da a la enfermería un grado de universalidad de gran alcance pudiendo crear bases de datos enfermeros unificados. Pero para su buena utilidad, es necesario validar estas herramientas para lograr que tengan un nivel máximo de precisión y rigor.

Tal y como señalan Ugalde y Rigol³¹, es la validez de un instrumento de medida la que demuestra hasta que punto el instrumento mide lo que en realidad pretende medir. Las facetas que se consideran de mayor importancia son: 1) la validez de contenido, 2) la validez de criterio y 3) la validez de constructo³². El comité taxonómico³³ de la NANDA sugiere el estudio de estos tres tipos de validez en la taxonomía.

Para nuestro estudio, en el que realizaremos la validación de la etiqueta diagnóstica aislamiento social relacionado con patología psiquiátrica de la esquizofrenia y tras haber realizado una búsqueda bibliográfica y revisar numerosos estudios previos en este ámbito, decidimos realizar una



validación de contenido; más concretamente la validación del contenido de la etiqueta diagnóstica mencionada con anterioridad.

Entre las enfermeras españolas hallamos una corriente de opinión que considera el uso del diagnóstico enfermero poco útil o muy discutible y el listado de categorías diagnósticas de la NANDA, en particular, no adaptables a nuestro medio cultural y sanitario, o constituido por denominaciones difíciles de entender; exponentes de esta corriente son algunas de las aportaciones realizadas en el artículo especial sobre diagnósticos de enfermería publicada en la revista *Index de enfermería*³⁴. El único modo posible de verificar tales opiniones es el de la investigación científica, comprobando si la taxonomía diagnóstica propuesta por la NANDA es útil en nuestro contexto sanitario y, por tanto, si refleja fielmente los problemas que las enfermeras españolas identifican en su práctica habitual³⁵.

En el estudio de Logan para la validación de la Respuesta Ventilatoria Disfuncional al Destete (RVDD)²⁰, las enfermeras que participaron en este proyecto apuntaron la necesidad de posteriores validaciones, ya que existieron diferencias en cuanto a las características definitorias que incluyeron en los tres niveles posibles de respuesta³⁰. Además de las razones expuestas con anterioridad, el deseo de verificar si las características de la etiqueta diagnóstica aislamiento social son igualmente valoradas por las enfermeras españolas ha motivado el diseño de este proyecto.

Tal y como consta en la literatura consultada³⁶, consideramos que el problema de la validación de las etiquetas diagnósticas de enfermería es en la actualidad la cuestión prioritaria dentro de las necesidades de investigación enfermera.

La taxonomía de etiquetas diagnósticas de enfermería proporcionada por la NANDA puede y debe ser utilizada como base para estudios futuros de validación de diagnósticos individuales o en grupo, o bien de validación de esos diagnósticos en relación a un modelo teórico de enfermería determinado³⁵. El desarrollo de la disciplina enfermera no es posible sin una mejora continua en la identificación de problemas clínicos que atienden las enfermeras, sin una denominación unívoca de dichos problemas y sin unos planes de cuidados que los resuelvan eficazmente. La taxonomía diagnóstica se nos presenta como un instrumento indispensable para la sistematización de



la práctica enfermera, la delimitación del objeto de nuestra disciplina y como una invitación al desarrollo de investigaciones en este campo³⁷.

Encontramos diversos autores españoles que ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar líneas de investigación en torno a lo que hacen las enfermeras y lo que es la enfermería, tales como Mompart³⁸ y el grupo de trabajo de enfermería³⁹. Autores como Arcas⁴⁰, Hernández⁴¹ o Luis⁴² consideran la validación de diagnósticos y registros de enfermería como un tema prioritario de investigación para conseguir un mayor desarrollo profesional.

Una de las limitaciones de la validación de contenido diagnóstico y en general de los estudios de validación de contenido, es el de definir a los expertos que participarán en el estudio. Para ello Fehring⁴³ propone un modelo para definir a los expertos en el que sugiere siete criterios para identificar en que medida los expertos realmente lo son. A estos criterios se les asigna un peso y establece una puntuación mínima de 5 para ser considerado experto (ANEXO I). Sin embargo, estos criterios son difíciles de aplicar en otras realidades culturales; una de estas realidades es el estado español donde hay pocas enfermeras doctoradas. Sato⁴⁴ identifica como enfermeras expertas a enfermeras con diferente formación educativa. Levin⁴⁵ recomienda por otra parte ser más flexible en la determinación del experto para ser sensible a otras realidades culturales. Guirao⁴⁶ ha establecido en el contexto español qué características debería tener una enfermera para poder juzgar la validez de contenido de un diagnóstico enfermero. En este estudio tomaremos las recomendaciones de Guirao⁴⁶ para definir las enfermeras expertas que participarán en la validación de contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica aislamiento social relacionado con la esquizofrenia. Por tanto, siguiendo la propuesta de Guirao⁴⁷, los requisitos que deberán cumplir los miembros participantes en el estudio que realizaremos serán los propuestos por Guirao⁴⁷:

1. Deberán contestar de forma correcta cuatro preguntas sobre la veracidad o falsedad de cuatro enunciados que se identifican como diagnósticos enfermeros. Los enunciados serán:

- a. Riesgo de síndrome por desuso relacionado con la inmovilidad
(correcto)

- b. Desajuste de la tensión arterial relacionado con medicación inadecuada
(incorrecto)
- c. Metástasis relacionada con cáncer
(incorrecto)
- d. Déficit de conocimientos
(correcto)

Se considerarán que tienen conocimientos correctos aquellos que identifiquen las cuatro aseveraciones correctamente, mientras que se consideran que tienen conocimientos incorrectos cuando se identifiquen tres o menos enunciados de forma correcta.

2. Haber leído al menos un artículo de metodología de cuidados en el último año.
3. Ser capaz de citar tres obras sobre metodología de cuidados.



5 METODOLOGÍA

Haciendo uso de un diseño psicométrico, este estudio busca validar el contenido de la etiqueta diagnóstica aislamiento social relacionada con el trastorno mental severo, en especial a la esquizofrenia.

La población diana para este estudio serán enfermeras, quienes gracias a su especialidad en salud mental o por la experiencia en el campo de la psiquiatría, podrán valorar si las características definitorias que describe el *aislamiento social* se dan en personas con trastornos mentales de este tipo, la esquizofrenia. La muestra estará configurada por 300 enfermeras expertas elegidas mediante el azar de una muestra proporcional estratificada de todas las enfermeras que cumplan los requisitos para ser consideradas expertas

Como ya se ha indicado, una de las limitaciones de la validación de contenido diagnóstico y en general de los estudios de validación de contenido, es el definir a los expertos. Como hemos señalado también anteriormente, Guirao⁴⁷ ha establecido en el contexto español qué características debería tener una enfermera para poder juzgar la validez de contenido de un diagnóstico enfermero. En este estudio tomaremos las recomendaciones de Guirao⁴⁷ para definir las enfermeras expertas que formarán la muestra proporcional estratificada de donde extraeremos la muestra de 300 enfermeras expertas.

Para llevar a cabo este estudio haremos uso de diversos materiales. A los participantes se les facilitará una hoja de registro donde en primer lugar, recogerán variables referidas a edad, sexo, características demográficas y de trayectoria profesional (ANEXO II). En segundo lugar se administrará un formulario para la validación de contenido de la etiqueta diagnóstica aislamiento social (ANEXO III). Esta herramienta está basada en el modelo de validación de contenido diagnóstico descrita por Fehring⁴⁸. Los participantes en el estudio deberán cumplimentar esta herramienta para la validación del contenido de la etiqueta diagnóstica: aislamiento social (HVCEDai) (ANEXO III), relacionando esta etiqueta diagnóstica con su conocimiento, como expertos del trastorno mental: esquizofrenia. En la estructura del formulario HVCEDai se recogen las características definitorias de



la etiqueta diagnóstica a validar y se debe categorizar cada una de ellas entre los valores 1 y 5. Donde 1 será igual a nada representativo, 2 = poco representativo, 3 = algo representativo, 4 = bastante representativo, 5 = muy representativo.

Con las enfermeras expertas participantes en el estudio y dado que se les pedirá rellenar la hoja de registro demográfico y de trayectoria profesional (ANEXO II), será posible realizar un análisis descriptivo (porcentajes, medias, modas, etc.) de las características de los participantes expertos de este estudio.

De los datos recogidos mediante la herramienta para la validación de contenido, obtendremos datos de dos variables:

- Por una parte, analizaremos el grado de representabilidad de cada característica definitoria dentro de la etiqueta diagnóstica *aislamiento social*.
- Por otra parte, obtendremos el grado de representabilidad de la etiqueta diagnóstica *aislamiento social* en relación con la esquizofrenia.

Para el análisis de los datos obtenidos, a cada valor adjudicado a cada una de las características definitorias se le *asignará* un peso, de modo que 5 será igual a 1; 4 = 0,75; 3 = 0.50; 2 = 0,25 y 1 = 0.

Una vez asignado a cada una de las características definitorias el peso que le corresponde, y siguiendo las modificaciones que proponen Sparks y Lien-Gieschen⁴⁹ para calcular el índice de validez de contenido diagnóstico (VCD) de la etiqueta:

Para obtener el grado de representabilidad de cada característica definitoria en la etiqueta diagnóstica, el peso adjudicado a cada una de las características definitorias será sumado con sus homólogos y se calculará la media ponderal. Esta media representará la puntuación de la validación de contenido para cada característica definitoria. Tendrá un valor entre 0 y 1. Si la puntuación obtenida es menor de 0,6 la característica definitoria en cuestión se considerará como no representativa para la etiqueta diagnóstica, por lo que se descartará. Si la puntuación obtenida es supe-



rior a 0,8 la característica definitoria será considerada como representativa para la etiqueta diagnóstica aislamiento social, catalogando esta como característica mayor. Toda característica definitoria que obtenga un valor entre 0,6 y 0,79 se considerará característica de baja representatividad para el diagnóstico o características menores.

Para obtener el grado de representabilidad de la *etiqueta diagnóstica* necesitaremos la puntuación total de la validación de contenido diagnóstico (PTVCD). Se obtendrá siguiendo la propuesta de Starks y Lien-Gieschen⁴⁹ para no disminuir el índice de VCD de forma artificial. Puesto que, el diagnóstico aislamiento social tiene más de siete características definitorias se realizará, contando la puntuación de las características mayores dos veces. Contando la puntuación de las características menores una vez y determinando la media de todas las puntuaciones. De este modo, nuevamente manejaremos valores entre 0 y 1. Si el resultado de la puntuación es menor de 0,6 se considerará que la etiqueta diagnóstica aislamiento social no es representativa en el trastorno mental severo. Si la puntuación final es superior a 0,8 podremos considerar representativa la etiqueta diagnóstica aislamiento social en el padecimiento de la enfermedad mental: esquizofrenia. En caso de obtener un resultado final entre 0,6 y 0,79 no será posible determinar el grado de representatividad de la etiqueta diagnóstica en la esquizofrenia, siendo necesario realizar nuevos estudios para obtener resultados determinantes.



6 CRONOGRAMA

El desarrollo de este proyecto se llevará a cabo en cuatro fase consecutivas, con una duración total de 12 meses.

En la primera fase se determinarán y seleccionarán los sujetos expertos que serán partícipes durante el proceso. A su vez, se elaborará la documentación necesaria para llevar a cabo las siguientes fases del proyecto. Esta primera fase durará entre tres y cuatro meses.

Una vez seleccionados los sujetos expertos y elaborada la documentación, se iniciará la segunda fase del proyecto. En esta fase se realiza el envío de los formularios a los participantes y la recogida de datos que estos faciliten. Para ejecutar esta fase serán necesarios entre tres y cuatro meses.

Recibidos los datos enviados por los sujetos expertos participantes en el proyecto, se dará inicio al análisis de los datos y así a su vez tendrá inicio la tercera fase de este proyecto. Para el análisis de datos serán necesarios entre dos y tres meses.

Como cuarta y fase final del proyecto, una vez extraídas las conclusiones de los datos analizados, se dará paso a la preparación de los resultados para su divulgación en diversos medios de comunicación científica. Esta fase se realizará en un mes o dos meses y de esta manera se podrá dar por finalizado el proyecto.

Para un mejor entendimiento del cronograma en el anexo IV se muestra este mismo cronograma de manera gráfica.



7 PRESUPUESTO

Para el desarrollo de este proyecto serán necesarios ciertos gastos, que detallamos a continuación:

• Colaborador / becario (500 € / mes) por 12 meses	6.000 €
• Bibliográficos y libros	1.200 €
• Soporte técnico (ordenador, programas, etc.)	2.000 €
• Acceso a Internet (60 € / mes) por 12 meses	720 €
• Divulgación (inscripción congresos, jornadas, etc.)	2.080 €
• Traducción	1.000 €
Total:	13.000 €

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon M, Sweney MA. **Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis.** Adv nurs Sci 1979; 2: 1-15.
2. Fehring RJ. **Methods to validate nursing diagnosis.** Heart-Lung 1987; 6: 625-629.
3. Mc Shane R, Mc Lane AM. **Constipation. Consensual and empirical validation.** Nurs Clin Am 1985; 4: 801-808.
4. Gershan JA, Freeman CM, Ross MC et al. **Fluid volume deficit: Validating the indicators.** Heart-Lung 1990; 2: 152-156.
5. Mc Donald BR. **Validation of Three Respiratory Nursing Diagnoses.** Nurs Clin North Am 1985; 4: 697-710.
6. Hoskins LM, Mc Farlane EA, Gaie M et al. **Nursing diagnosis in the cronically ill: methodology for clinical validation.** Adv Nurs Sci 1986; 3: 80-89.
7. Lien-Gieschen T. **Validation of social isolation related to maturational age: Ederly.** Nursing diagnosis 1993; 4(1): 37-44.
8. Colomar G, Gaja RM, Puig P. et al. **Diagnósticos de enfermería en una unidad de oncología. Estudio descriptivo.** Enfermería clínicaa 1991; 1: 15-19.
9. Sales R, Albertos S, Leal MI et al. **Diagnósticos de enfermería: de la teoría a la práctica.** Notas de enfermería 1991; 1: 463-470.
10. Sales i Orts et al. **Diagnósticos de enfermería detectados en una población mayor de 65 años con problemas psiquiátricos.** Educare21 2004; 12. disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare21/ensenando/ensenando3.htm>
11. Sales R et al. **Diagnósticos de enfermería: aplicaciones en psiquiatría.** Rol de enfermería 1990; 142: 63-66.
12. Serrano R, Saracíbar MI, Carrascal E et al. **Desde una sistemática de enfermería hasta la estandarización de cuidados.** Rol de enfermería 1995; 189: 29-36.
13. Roldán M et al. **Urgencias / Unidad de agudos.** Rol de enfermería 1998; 235.



14. Cuesta Zambrana, Guirao Goris et al. **Análisis de la taxonomía diagnóstica NANDA.** Enfermería integral 1993; 27: 31-36.
15. Santiuste M.A. et al. **Diagnósticos de enfermería: aplicaciones en trastornos esquizofrénicos agudos.** Enfermería científica 1993; 134: 28-31.
16. Ramon Cereto M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R et al. **Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria.** Enfermería clínica 2005; 15/3: 163-7.
17. Frias Osuna A, Del Pino Casado R, Germán Bes C, Alguacil González F, 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 (3): 102-108.
18. Quero Rufián A, Ramírez Sánchez M, Aguilera Ruiz M et al. **Validación de la taxonomía diagnóstica de la NANDA en una unidad de psiquiatría y salud mental.** Garnata 1997; 11: 27-37
19. González Carrión P, Rivas Campos A, Toral López I et al. **Validación de las categorías diagnósticas de la NANDA en cuatro áreas asistenciales.** Enfermería clínica 1997; 7(1): 1-8.
20. Giménez AM, Fernández-Reyes I, Marín Fernández B, Alvarez MD et al. **Validación en España de la respuesta ventilatoria disfuncional al destete (RVDD).** Enfermería intensiva 1997; 8 (3): 121-128.
21. Guirao-Goris JA, Moreno Pina P, Martínez-Del Campo P. **Validación de contenido Diagnóstico de la Etiqueta Diagnóstica Enfermera Sedentarismo.** Enfermería clínica 2001: En prensa.
22. Comisión de las comunidades europeas. **Mejorar la salud mental de la población. hacia una estrategia de la unión europea en materia de salud mental.** Libro verde. Bruselas, 14.10.2005 com(2005) 484 final.
23. Rummel C, Kissling W, Leucht S. **Antidepresivos para los síntomas negativos de la esquizofrenia** (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford:
24. Faulkner G, Cohn T, Remington G. **Intervenciones para reducir el aumento de peso en la esquizofrenia** (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update.

25. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. **Intervención familiar para la esquizofrenia** (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford:
26. Communication **"Strategic Objectives 2005-2009. Europe 2010: A Partnership for European Renewal. Prosperity, Solidarity and Security"**, COM(2005)12 of 26.01.2005.
27. **Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation**, Official Journal L303 of 2.12.2000, 16-22.
28. **Action for Mental Health Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004**. Report prepared for the European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General, by Professor Ville Lehtinen.
29. **Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference** WHO Library Cataloguing in Publication Data.
30. Elias A, Esteve C et al. **Competencias de la profesión de enfermería**. Ed. Consell de col·legis oficials de diplomats en infermeria de Catalunya.
31. Ugalde Apalategi M, Rigol Cuadra A, **Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA**. Traducción, revisión y comentarios. Masson 1995: Barcelona.
32. Guirao-Goris JA. **Aspectos esenciales y herramientas metodológicas para la investigación en diagnósticos enfermeros**. En AENTDE. Realidad clínica e investigación enfermera: Documentación de las VI jornadas de trabajo AENTDE celebrada en Valladolid 26 y 27 de octubre de 2007.
33. Kerr M, Hoskins LM, Fitzpatrick JJ et al. **Taxonomic validation: an Edit. overview**. Nursing Diagnosis 1993; 4 (1): 6-14.
34. Index. **El diagnóstico de enfermería en España. ¿una realidad apreciable?** Index de enfermería 1995; 12-13: 14-23.
35. González Carrión P, Rivas Campos A, Toral López I et al. **Validación de las categorías diagnósticas de la NANDA en cuatro áreas asistenciales**. Enfermería clínica 1997; 7(1): 1-8.
36. González P, Hernández M, Rivas A et al. **Validación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA: una experiencia en cuatro áreas asistenciales**. Enfermería clínica 1994; 3: 40-43.
37. Arcas P, González P. **Desarrollo de la investigación en enfermería materno-infantil en España**. Promoción y recursos. Enfermería de la Infancia y Humanidades 1994; 3: 18-23.



38. Mompart MP. **Necesidades de investigación y cuidados de enfermería.** Rol de enfermería 1990; 145: 19-23.
39. Grupo de Trabajo de Enfermería. Fondo de investigaciones sanitarias. **La investigación de enfermería en España.** Med Clín (Bare) 1994; 102: 584-588.
40. Arcas Ruiz P. **Investigación en enfermería. Prioridades y estrategias.** Rol de enfermería 1990; 148: 55-60.
41. Hernández M. **Reflexión acerca de los elementos de desarrollo profesional.** Enfermería clínica 1992; 2: 7-8.
42. Luis MT. **La investigación como base para el establecimiento de la taxonomía diagnóstica de enfermería.** Enfermería clínica 1993; 3: 89-90
43. Fehring R. The Fehring model. En: Carroll-Johnson Paquette: **Classification of Nursing Diagnosis: Proceeding of the tenth conference.** Philadelphia: JB Lippincott company. 1994; 55-57.
44. Sato S. **Influence of patients' medical status and age on content validation of anxiety, pain and sleep pattern disturbance: a study in Japan.** En: Rantz MJ, LeMone p. (Ed.) Classification of Nursing Diagnoses. Proceeding of the thirteenth Conference NANDA. 1998. Glendale: Cinhal Information Systems: 510-521.
45. Levin R. **Who are the experts? A comentary on nursing Diagnosis validation studies.** Nursing Diagnosis. 2001; 12(1): 29-32.
46. Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. **The expert nurse profile and diagnostic content validity of sedentary lifestyle: the Spanish validation.** Int J Nurs Terminol Classif. 2007 Jul-Aug; 18(3): 84-92.
47. Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. **The expert nurse profile and diagnostic content validity of sedentary lifestyle: the Spanish validation.** Int J Nurs Terminol Classif. 2007 Jul-Aug; 18(3): 84-92.
48. Fehring R. **Methods to validate nursing diagnoses.** Heart & Lung. 1987; 16: 625-629.
49. Sparks S, Lien-Gieschen T. **Modification of the diagnostic content validity model.** Nursing Diagnosis. 1994; 5(1): 31-5.



ANEXOS



ANEXO I:
SISTEMA DE PUNTUACIÓN 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 en un área relevante para el diagnóstico de interés	1
Certificación en el área clínica relevante para el diagnóstico de interés	2

Extraído de Guirao²⁶.



ANEXO II:

HOJA DE REGISTRO DEMOGRÁFICO Y DE TRAYECTORIA PROFESIONAL

- Edad:
- Sexo:
- Escuela Universitaria
- Años de experiencia en enfermería:
- Años de experiencia en salud mental:
- Formación complementaria en taxonomía NANDA :
- Número de artículos publicados:
- Número de artículos publicados relacionados con taxonomía NANDA:
- Número de ponencias y comunicaciones realizadas:
- Número de ponencias y comunicaciones realizadas relacionadas con taxonomía NANDA:
- Lugar de trabajo o unidad docente de formación E.I.R:



ANEXO III:

HERRAMIENTA PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA: AISLAMIENTO SOCIAL (HVCEDai)*

La hoja que se presenta a continuación es la herramienta para la validación de contenido de la etiqueta diagnóstica aislamiento social relacionado con la esquizofrenia. Este formulario recoge las características definitorias de la etiqueta diagnóstica a validar y se debe categorizar cada una de ellas entre los valores 1 y 5. 1 será igual a nada representativo. 2 = poco representativo, 3 = algo representativo, 4 = bastante representativo y 5 = muy representativo. Le recordamos que las hojas de respuesta son completamente anónimas y agradecemos su colaboración de antemano.

Un saludo y gracias.

Características definitorias:

Objetivas

• Falta de personas significativas de soporte (familiares, amigos, grupo).	1	2	3	4	5
• Proyección de hostilidad en la voz, en la conducta.	1	2	3	4	5
• Retraimiento.	1	2	3	4	5
• Mutismo.	1	2	3	4	5
• Conducta inaceptable por el grupo culturalmente dominante.	1	2	3	4	5
• Búsqueda de soledad o pertenencia a una subcultura.	1	2	3	4	5
• Acciones repetitivas, carentes de significado.	1	2	3	4	5
• Preocupación por los propios sentimientos.	1	2	3	4	5
• Falta de contacto ocular.	1	2	3	4	5
• Intereses inadecuados o inmaduros para la edad o la etapa de desarrollo.	1	2	3	4	5
• Evidencia de dificultades físicas o mentales o de alteración del bienestar.	1	2	3	4	5
• Embotamiento emocional.	1	2	3	4	5

Subjetivas

• Expresión de sentimiento de soledad impuesto por otros.	1	2	3	4	5
• Expresión de sentimiento de rechazo.	1	2	3	4	5
• Intereses inadecuados o inmaduros para la edad o etapa de desarrollo.	1	2	3	4	5
• Falta de un propósito significativo en la vida o inadecuación del existente.	1	2	3	4	5
• Incapacidad para satisfacer las expectativas de los demás.	1	2	3	4	5
• Expresión de los valores aceptables en su subcultura pero inaceptables para el grupo culturalmente dominante.	1	2	3	4	5
• Manifiesta un interés inapropiado para edad o etapa de desarrollo.	1	2	3	4	5
• Sentimiento a ser distinto a los demás.	1	2	3	4	5
• Inseguridad en público.	1	2	3	4	5

* Elaborado por Urtzi Blancou 2008.

ANEXO IV: CRONOGRAMA

PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE	TERCERA FASE	CUARTA FASE
Entre 3 y 4 meses • DETERMINAR Y SELECCIONAR SUJETOS EXPERTOS • ELABORAR DOCUMENTACIÓN	Entre 3 y 4 meses • ENVIO DE FORMULARIOS A LOS SUJETOS • RECOGIDA DE DATOS	Entre 2 y 3 meses • ANALISIS DE LOS DATOS • ELABORACIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	Entre 1 mes y 1^{1/2} mes • DIVULGACIÓN DE RESULTADOS