

**UNIVERSITAT  
JAUME • I**

TESIS DOCTORAL

**Evaluación de la clasificación NANDA International  
en España: Diseño y validación del instrumento  
EVALUAN-I**

Autor

**Claudio Alberto Rodríguez Suárez**

Directoras

**Dra. María Isabel Mariscal Crespo**

**Dra. Rafaela Camacho Bejarano**

**Julio 2022**





**Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería  
Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I**

Título de la tesis

**Evaluación de la clasificación NANDA International en España:  
Diseño y validación del instrumento EVALUAN-I**

Memoria presentada por **Claudio Alberto Rodríguez Suárez** para  
optar al grado de doctor por la Universitat Jaume I

Doctorando

**Claudio Alberto  
Rodríguez Suárez**

Directoras

**María Isabel  
Mariscal Crespo**

**Rafaela  
Camacho Bejarano**

Castelló de la Plana, julio 2022







## **Financiación recibida**

Esta investigación fue financiada por la Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) con el número ENF19/33.

Licencia Creative Commons Reconocimiento Compartir igual 4.0 (CC BY-SA)

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.es>





*A mi padre.  
A mi suegro.*

*In memoriam.*



*A mi mujer, Naira.  
A mis dos hijas, Ruth y Elena.*

*Lo más bello de esta vida.*



# AGRADECIMIENTOS

---

La realización de una tesis doctoral conlleva una satisfacción y un crecimiento personal y profesional que exigen esfuerzo y dedicación extraordinarios. Este proceso no podría haberse efectuado sin el apoyo y la colaboración de las personas que me han acompañado durante su recorrido y para las que no existen suficientes palabras de agradecimiento.

A todos los colegas que, desinteresadamente, respondieron al cuestionario y lo difundieron reiteradamente para que llegara al mayor número de enfermeras posible. No quiero dar nombres por temor a olvidar a alguien, sería ingrato e injusto. De manera especial, quiero agradecer a los colaboradores en distintas etapas de esta investigación, ofreciendo su tiempo y dedicación a pesar de las dificultades tecnológicas, a éstos debo garantizar su anonimato.

A José Manuel Romero por la cesión desinteresada de los derechos para usar la escala de Posicionamiento ante el Diagnóstico enfermero.

A Emilia Costa por su magnífica acogida en Faro durante mi estancia en la Universidade do Algarve. Gracias por facilitarme esa pequeña incursión al contexto de Portugal. ¡Obrigado!

A Miguel Ruiz por tutorizar esta tesis desde la Universitat Jaume I, por estar siempre disponible y responder de forma inmediata a las dificultades surgidas.

Un hueco especial es para mis directoras, Maribel Mariscal y Fali Camacho, por haberme transmitido todo su conocimiento, experiencia y capacidad crítica. He tenido la enorme suerte de impregnarme del buen hacer, la calidad humana y la grandeza de dos referentes de la disciplina enfermera. Nadie podría haber guiado y canalizado mejor que ellas el resultado de este trabajo.

A las personas que facilitaron mis intensas jornadas de trabajo en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva por la estupenda acogida.

Por último, a todas las enfermeras que, sin conocerlas, trabajan en unas condiciones impropias de una disciplina que precisa mayor y mejor reconocimiento.





# ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>I</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>III</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>PARTE I: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. Pragmatismo, empirismo y modelos enfermeros para la práctica asistencial .11</b>	
1.1. <i>Aproximación al desarrollo de la ciencia enfermera.....</i>	<i>12</i>
1.2. <i>Modelos teóricos en Enfermería.....</i>	<i>14</i>
1.3. <i>Modelos empíricos en Enfermería.....</i>	<i>19</i>
1.4. <i>La crisis del modelo asistencial .....</i>	<i>20</i>
<b>2. El paradigma de la ciencia enfermera en el cuidado de la salud.....24</b>	
2.1. <i>Paradigmas y metaparadigmas en Enfermería.....</i>	<i>26</i>
2.2. <i>El individuo como centro de atención en el proceso asistencial.....</i>	<i>31</i>
2.3. <i>El autocuidado como metaparadigma.....</i>	<i>35</i>
2.4. <i>La interrelación desde la perspectiva del paradigma transdisciplinar.....</i>	<i>38</i>
<b>3. La proyección metodológica de la Enfermería .....</b>	<b>43</b>
3.1. <i>La autonomía de la ciencia enfermera .....</i>	<i>46</i>
3.2. <i>Las competencias enfermeras.....</i>	<i>48</i>
3.2.1. <i>La competencia diagnóstica .....</i>	<i>50</i>
3.2.2. <i>La respuesta humana en el eje de la especificidad diagnóstica .....</i>	<i>54</i>
3.3. <i>El Proceso enfermero.....</i>	<i>58</i>
3.3.1. <i>La etapa diagnóstica.....</i>	<i>61</i>
<b>4. La comunicación como constructo teórico-práctico.....64</b>	
4.1. <i>El lenguaje como instrumento de comunicación.....</i>	<i>66</i>
4.2. <i>Los lenguajes normalizados en la comunicación profesional.....</i>	<i>68</i>
4.3. <i>La comunicación entre enfermeras.....</i>	<i>76</i>
4.4. <i>El informe de cuidados de Enfermería .....</i>	<i>78</i>
<b>5. Los sistemas de clasificación y las terminologías en Enfermería .....</b>	<b>80</b>
5.1. <i>Funciones de los sistemas de clasificación.....</i>	<i>86</i>
5.2. <i>Clasificaciones propias de la disciplina enfermera.....</i>	<i>88</i>
5.2.1. <i>Omaha System.....</i>	<i>88</i>
5.2.2. <i>International Classification for Nursing Practice .....</i>	<i>90</i>
5.2.3. <i>Clinical Care Classification .....</i>	<i>92</i>

5.3. Clasificaciones con orientación multidisciplinar.....	93
5.3.1. Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms.....	93
5.3.2. Logical Observation Identifiers Names and Codes.....	94
5.3.3. Alternative Billing Concepts Codes.....	95
5.4. Lenguajes enfermeros de interfase.....	95
5.5. Validación diagnóstica.....	97
5.6. Evidencia científica.....	101
<b>6. NANDA International.....</b>	<b>104</b>
6.1. Aspectos epistemológicos.....	107
6.2. Aspectos normativos.....	109
6.2.1. Configuración estructural.....	110
6.2.2. Indicadores diagnósticos.....	114
6.2.3. Coherencia interna.....	116
6.3. Aspectos intuitivos.....	119
6.3.1. Adecuación cognitiva.....	120
<b>7. El Sistema Nacional de Salud.....</b>	<b>123</b>
7.1. El entorno de la continuidad asistencial.....	124
7.2. La continuidad de los cuidados.....	126
<b>PARTE II: PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>133</b>
<b>8. Objetivos.....</b>	<b>133</b>
8.1. Objetivo general.....	133
8.2. Objetivos específicos.....	133
<b>9. Metodología.....</b>	<b>133</b>
<b>10. Fase 1. Metodología cuantitativa: análisis descriptivo de NANDA International y de los Informes de Cuidados.....</b>	<b>133</b>
10.1. Participantes.....	134
10.1.1. Población y ámbito de estudio.....	134
10.1.2. Elección de la muestra.....	134
10.1.3. Acceso a la población de estudio.....	135
10.1.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	135
10.1.4.1. Criterios de inclusión.....	135
10.1.4.2. Criterios de exclusión.....	135
10.2. Variables e instrumentos.....	135
10.2.1. Variables sociodemográficas.....	136
10.2.2. Variables clínicas.....	136
10.2.3. Instrumentos.....	137

10.3. Proceso de análisis.....	138
<b>11. Fase 2. Metodología cualitativa .....</b>	<b>139</b>
11.1. Participantes en España .....	139
11.1.1. Población y ámbito de estudio.....	139
11.1.2. Elección de la muestra .....	139
11.1.3. Acceso a la población de estudio .....	139
11.1.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	140
11.1.4.1. Criterios de inclusión .....	140
11.1.4.2. Criterios de exclusión.....	140
11.2. Participantes en Portugal .....	140
11.2.1. Población y ámbito de estudio.....	140
11.2.2. Elección de la muestra.....	140
11.2.3. Acceso a la población de estudio .....	141
11.2.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	141
11.2.4.1. Criterios de inclusión .....	141
11.2.4.2. Criterios de exclusión.....	141
11.3. Variables e instrumentos.....	141
11.3.1. Instrumentos.....	141
11.4. Aplicación de los instrumentos en España.....	141
11.5. Aplicación de los instrumentos en Portugal.....	142
11.6. Proceso de análisis.....	143
<b>12. Fase 3. Metodología cuantitativa: Validación de EVALUAN-I .....</b>	<b>143</b>
12.1. Participantes.....	143
12.1.1. Población y ámbito de estudio.....	143
12.1.2. Elección de la muestra .....	143
12.1.3. Acceso a la población de estudio .....	143
12.1.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	144
12.1.4.1. Criterios de inclusión .....	144
12.1.4.2. Criterios de exclusión.....	144
12.2. Variables e instrumentos.....	144
12.2.1. Variables sociodemográficas .....	144
12.2.2. Variables clínicas.....	145
12.2.3. Instrumentos .....	149
12.3. Aplicación de los instrumentos .....	153
12.4. Proceso de análisis.....	153
<b>13. Criterios éticos .....</b>	<b>156</b>

<b>PARTE III: INFORME DE RESULTADOS .....</b>	<b>161</b>
<b>14. Fase 1. Resultados cuantitativos: NANDA International e Informes de Cuidados .....</b>	<b>161</b>
14.1. <i>Análisis descriptivo de la edición 2015-2017 de NANDA International .....</i>	161
14.1.1. <i>Indicadores diagnósticos .....</i>	161
14.1.2. <i>Etiquetas diagnósticas.....</i>	163
14.1.3. <i>Nivel jerárquico: Clase .....</i>	166
14.1.4. <i>Nivel jerárquico: Dominio .....</i>	169
14.1.5. <i>Nivel de evidencia de los diagnósticos .....</i>	171
14.1.6. <i>Inclusión y revisión de los diagnósticos.....</i>	179
14.2. <i>Análisis descriptivo de los Informes de Cuidados.....</i>	182
<b>15. Fase 2. Resultados cualitativos.....</b>	<b>196</b>
15.1. <i>Metodología cualitativa desarrollada en España.....</i>	196
15.2. <i>Metodología cualitativa desarrollada en Portugal.....</i>	223
<b>16. Fase 3. Resultados cuantitativos: Validación de EVALUAN-I.....</b>	<b>231</b>
16.1. <i>Prueba de expertos.....</i>	231
16.2. <i>Estabilidad temporal y acuerdo entre observadores .....</i>	235
16.3. <i>Análisis Factorial Exploratorio.....</i>	236
16.4. <i>Consistencia interna .....</i>	241
16.5. <i>Correlación interfactorial .....</i>	246
16.6. <i>Análisis Factorial Confirmatorio.....</i>	248
16.7. <i>Características sociodemográficas .....</i>	269
16.8. <i>Análisis descriptivo.....</i>	274
16.9. <i>Análisis correlacional.....</i>	295
<b>PARTE IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>341</b>
<b>17. Discusión.....</b>	<b>341</b>
17.1. <i>Análisis del proceso de investigación .....</i>	341
17.2. <i>Características de la muestra.....</i>	344
17.2.1. <i>Informes de Cuidados .....</i>	344
17.2.2. <i>Aplicación de EVALUAN-I.....</i>	349
17.3. <i>Análisis de los resultados del estudio .....</i>	350
17.3.1. <i>Contenidos de NANDA International.....</i>	350
17.3.2. <i>Adecuación teórica .....</i>	355
17.3.3. <i>Percepción de las enfermeras .....</i>	361
17.3.4. <i>Validación de EVALUAN-I.....</i>	363
17.3.5. <i>Aplicabilidad clínica .....</i>	367

17.3.6. Diagnósticos enfermeros y continuidad de los cuidados .....	371
<b>18. Limitaciones de la investigación.....</b>	<b>374</b>
<b>19. Conclusiones/conclusiones .....</b>	<b>376</b>
<b>20. Implicaciones para la práctica.....</b>	<b>378</b>
<b>21. Líneas futuras de investigación.....</b>	<b>379</b>
<b>22. Bibliografía .....</b>	<b>381</b>
<b>23. Anexos.....</b>	<b>421</b>
Anexo 1. Descriptores del eje 3 para el juicio diagnóstico.....	421
Anexo 2. Definiciones operacionales de las categorías de análisis .....	422
Anexo 3. Comisión deontológica de la Universitat Jaume I .....	425
Anexo 4. Comité de ética de la investigación de Las Palmas.....	427
Anexo 5. Autorización para el uso de la versión adaptada del Position on Nursing Diagnosis .....	430
Anexo 6. Factores relacionados y Factores de riesgo de NANDA International.....	431
Anexo 7. Características definitorias de NANDA International.....	469
Anexo 8. Distribución de Factores relacionados y Factores de riesgo de NANDA International según Etiquetas diagnósticas.....	510
Anexo 9. Distribución de Características definitorias de NANDA International según Etiquetas diagnósticas.....	515
Anexo 10. Diagnósticos que motivaron la hospitalización .....	519
Anexo 11. Diagnósticos activos .....	523
Anexo 12. Factores relacionados y Factores de riesgo causantes de los Diagnósticos activos.....	526
Anexo 13. Características definitorias de los Diagnósticos activos .....	536
Anexo 14. Factores relacionados y Factores de riesgo de los Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria.....	544
Anexo 15. Herramienta EVALUAN-I.....	546



# ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b>	Principales definiciones de Diagnóstico enfermero	62
<b>Tabla 2.</b>	Factores determinantes del registro de Diagnósticos enfermeros	73
<b>Tabla 3.</b>	Instrumentos para evaluar la documentación enfermera	75
<b>Tabla 4.</b>	Criterios de nivel de evidencia de NANDA International	103
<b>Tabla 5.</b>	Taxonomía II de NANDA International: Dominios y Clases	103
<b>Tabla 6.</b>	Vinculación de las variables a los objetivos de la investigación	155
<b>Tabla 7.</b>	Distribución de Factores relacionados/Factores de riesgo prevalentes en NANDA International	162
<b>Tabla 8.</b>	Distribución de Características definitorias prevalentes en NANDA International	163
<b>Tabla 9.</b>	Prevalencia de Etiquetas diagnósticas según Factores relacionados/Factores de riesgo	164
<b>Tabla 10.</b>	Prevalencia de Etiquetas diagnósticas según Características definitorias	165
<b>Tabla 11.</b>	Distribución de Etiquetas diagnósticas según Clase	166
<b>Tabla 12.</b>	Distribución de Factores relacionados/Factores de riesgo según Clase	167
<b>Tabla 13.</b>	Distribución de Características definitorias según Clase	168
<b>Tabla 14.</b>	Distribución de Etiquetas diagnósticas según Dominio	170
<b>Tabla 15.</b>	Distribución de Factores relacionados/Factores de riesgo según Dominio	170
<b>Tabla 16.</b>	Distribución de Características definitorias según Dominio	171
<b>Tabla 17.</b>	Relación de Etiquetas con Nivel de evidencia 2.1	172
<b>Tabla 18.</b>	Relación de Etiquetas sin Nivel de evidencia	176
<b>Tabla 19.</b>	Nivel de evidencia según tipología diagnóstica	178
<b>Tabla 20.</b>	Año de la última revisión del Diagnóstico	180
<b>Tabla 21.</b>	Diagnósticos de nueva inclusión	180
<b>Tabla 22.</b>	Diagnósticos no revisados	181
<b>Tabla 23.</b>	Distribución de frecuencias de Informes de Cuidados totales y válidos	183
<b>Tabla 24.</b>	Distribución de Informes de Cuidados seleccionados	184
<b>Tabla 25.</b>	Motivos principales de hospitalización	185
<b>Tabla 26.</b>	Diagnósticos activos prevalentes	186
<b>Tabla 27.</b>	Factores relacionados/Factores de riesgo prevalentes en los Diagnósticos activos	187

<b>Tabla 28.</b>	Características definitorias prevalentes en los Diagnósticos activos	188
<b>Tabla 29.</b>	Diagnósticos activos según Clase	189
<b>Tabla 30.</b>	Diagnósticos activos según Dominio	190
<b>Tabla 31.</b>	Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria	190
<b>Tabla 32.</b>	Factores relacionados/Factores de riesgo prevalentes en los Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria	192
<b>Tabla 33.</b>	Características Definitorias de los Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria	192
<b>Tabla 34.</b>	Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria según Clase	193
<b>Tabla 35.</b>	Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria según Dominio	194
<b>Tabla 36.</b>	Etiquetas diagnósticas no ajustadas a NANDA International	195
<b>Tabla 37.</b>	Etiologías de los problemas de salud no ajustados a NANDA International	195
<b>Tabla 38.</b>	Distribución de citas según códigos, grupo de códigos y documentos	197
<b>Tabla 39.</b>	Coocurrencias entre categorías analíticas	198
<b>Tabla 40.</b>	Coocurrencias con la categoría Lenguajes-Desarrollo profesional	199
<b>Tabla 41.</b>	Coocurrencias con la categoría Lenguajes-Conceptos específicos	202
<b>Tabla 42.</b>	Coocurrencias con la categoría NANDA-Propuestas de mejora	206
<b>Tabla 43.</b>	Coocurrencias con la categoría NANDA-Adecuación teórica	209
<b>Tabla 44.</b>	Coocurrencias con la categoría NANDA-Utilidad para la práctica asistencial	218
<b>Tabla 45.</b>	Citas según códigos, grupo de códigos y documentos (Portugal)	224
<b>Tabla 46.</b>	Coocurrencias entre categorías analíticas (Portugal)	225
<b>Tabla 47.</b>	Relación de ítems propuestos inicialmente e ítems modificados	232
<b>Tabla 48.</b>	Coeficiente de validez de contenido	234
<b>Tabla 49.</b>	Estabilidad temporal test-retest por acuerdo intra-observadores	235
<b>Tabla 50.</b>	Autovalores de la matriz de datos observados y de datos paralelos	237
<b>Tabla 51.</b>	Matriz de saturaciones de los componentes rotados	239
<b>Tabla 52.</b>	Consistencia interna de la Componente 1 si se elimina un ítem	242
<b>Tabla 53.</b>	Consistencia interna de la Componente 2 si se elimina un ítem	243
<b>Tabla 54.</b>	Consistencia interna de la Componente 3 si se elimina un ítem	244
<b>Tabla 55.</b>	Consistencia interna de la Componente 4 si se elimina un ítem	244
<b>Tabla 56.</b>	Consistencia interna de la Componente 5 si se elimina un ítem	245
<b>Tabla 57.</b>	Consistencia interna de la Componente 6 si se elimina un ítem	245
<b>Tabla 58.</b>	Consistencia interna de la Componente 8 si se elimina un ítem	245
<b>Tabla 59.</b>	Sumatorio de factores como variables	246



<b>Tabla 60.</b>	Correlaciones de cada uno de los factores y el Factor Total	247
<b>Tabla 61.</b>	Indicadores de ajuste del Modelo 1	249
<b>Tabla 62.</b>	Significancia de los constructos en el Modelo 1	250
<b>Tabla 63.</b>	Covarianzas de los constructos en el Modelo 1	251
<b>Tabla 64.</b>	Varianzas o errores de los ítems y constructos en el Modelo 1	252
<b>Tabla 65.</b>	Indicadores de ajuste del Modelo 2	255
<b>Tabla 66.</b>	Significancia de los constructos en el Modelo 2	256
<b>Tabla 67.</b>	Covarianzas de los constructos y variables sugeridas en el Modelo 2	257
<b>Tabla 68.</b>	Varianzas o errores de los ítems y constructos en el Modelo 2	258
<b>Tabla 69.</b>	Indicadores de ajuste del Modelo 3	261
<b>Tabla 70.</b>	Significancia de los constructos en el Modelo 3	261
<b>Tabla 71.</b>	Covarianzas de los constructos en el Modelo 3	263
<b>Tabla 72.</b>	Varianzas o errores de los ítems y constructos en el Modelo 3	264
<b>Tabla 73.</b>	Convergencia de las variables alteradas	267
<b>Tabla 74.</b>	Coefficientes de determinación de los modelos alternativos	267
<b>Tabla 75.</b>	Distribución geográfica de la muestra	269
<b>Tabla 76.</b>	Especialidad en Enfermería	271
<b>Tabla 77.</b>	Ámbito laboral	271
<b>Tabla 78.</b>	Función laboral	273
<b>Tabla 79.</b>	Frecuencia de uso de terminologías y sistemas de clasificación	274
<b>Tabla 80.</b>	Posicionamiento ante el Diagnóstico enfermero	275
<b>Tabla 81.</b>	Evidencia científica de NANDA International	276
<b>Tabla 82.</b>	Claridad y descriptividad de NANDA International	278
<b>Tabla 83.</b>	Indicadores diagnósticos para emitir juicios clínicos	279
<b>Tabla 84.</b>	Duplicidad y codificación conceptual	281
<b>Tabla 85.</b>	Equivalencia con otras terminologías	284
<b>Tabla 86.</b>	Correspondencia con diagnósticos médicos y enfermedades	286
<b>Tabla 87.</b>	Conceptos centrales identificados en NANDA International	287
<b>Tabla 88.</b>	Aplicabilidad	291
<b>Tabla 89.</b>	Etiquetas diagnóstica y juicio clínico	294
<b>Tabla 90.</b>	Sexo y contenidos de NANDA International	296
<b>Tabla 91.</b>	Sexo y adecuación teórica de NANDA International	296
<b>Tabla 92.</b>	Sexo y aplicabilidad clínica de NANDA International	297
<b>Tabla 93.</b>	Edad y percepción de NANDA International	298
<b>Tabla 94.</b>	Edad y contenidos de NANDA International	298
<b>Tabla 95.</b>	Edad y aplicabilidad clínica de NANDA International	299

<b>Tabla 96.</b>	Nivel académico y aceptación de NANDA International	299
<b>Tabla 97.</b>	Nivel académico y diagnósticos fundamentados en evidencia	300
<b>Tabla 98.</b>	Nivel académico, evidencia y diseños de las investigaciones	301
<b>Tabla 99.</b>	Nivel académico y aspectos estructurales de NANDA International	302
<b>Tabla 100.</b>	Nivel académico y correspondencia de NANDA International con diagnósticos médicos o enfermedades	303
<b>Tabla 101.</b>	Nivel académico y correspondencia de Factores relacionados/Factores de riesgo con diagnósticos médicos o enfermedades	304
<b>Tabla 102.</b>	Nivel académico y conceptos centrales de la disciplina	306
<b>Tabla 103.</b>	Nivel académico y responsabilidades exclusivas	306
<b>Tabla 104.</b>	Nivel académico y adecuación teórica de Enfermería	307
<b>Tabla 105.</b>	Nivel académico y utilidad de NANDA International	307
<b>Tabla 106.</b>	Nivel académico y aplicabilidad clínica de NANDA International	309
<b>Tabla 107.</b>	Especialidad y aceptación de NANDA International	310
<b>Tabla 108.</b>	Especialidad y actitudes de los profesionales	310
<b>Tabla 109.</b>	Especialidad y evidencia científica de los diagnósticos	311
<b>Tabla 110.</b>	Especialidad y atributos fisiopatológicos de NANDA International	311
<b>Tabla 111.</b>	Especialidad y aplicabilidad clínica de NANDA International	312
<b>Tabla 112.</b>	Especialidad, Etiquetas diagnósticas y juicio clínico	312
<b>Tabla 113.</b>	Años de experiencia y percepción de NANDA International	314
<b>Tabla 114.</b>	Años de experiencia y contenidos de NANDA International	314
<b>Tabla 115.</b>	Años de experiencia y adecuación teórica de NANDA International	315
<b>Tabla 116.</b>	Años de experiencia y aplicabilidad clínica de NANDA International	315
<b>Tabla 117.</b>	Intensidad de uso y percepción de NANDA International	316
<b>Tabla 118.</b>	Intensidad de uso y contenidos de NANDA International	317
<b>Tabla 119.</b>	Intensidad de uso y adecuación teórica de NANDA International	317
<b>Tabla 120.</b>	Intensidad de uso y aplicabilidad clínica de NANDA International	318
<b>Tabla 121.</b>	Ámbito laboral y contenidos de NANDA International	319
<b>Tabla 122.</b>	Ámbito laboral y correspondencia con diagnósticos médicos o enfermedades	320
<b>Tabla 123.</b>	Ámbito laboral y utilidad de NANDA International	320
<b>Tabla 124.</b>	Test de corrección de Bonferroni para el Ámbito laboral	321
<b>Tabla 125.</b>	Ámbito laboral y aplicabilidad clínica de NANDA International	322
<b>Tabla 126.</b>	Ámbito laboral, Etiquetas diagnósticas y juicio clínico	322
<b>Tabla 127.</b>	Ámbito laboral y Conocimientos deficientes	324
<b>Tabla 128.</b>	Test de corrección de Bonferroni para Conocimientos deficientes	325

<b>Tabla 129.</b> Ámbito laboral y Deterioro del intercambio de gases	326
<b>Tabla 130.</b> Test de corrección de Bonferroni para Deterioro del intercambio de gases	326
<b>Tabla 131.</b> Ámbito laboral e Insomnio	327
<b>Tabla 132.</b> Test de corrección de Bonferroni para el Insomnio	328
<b>Tabla 133.</b> Función laboral y aceptación de NANDA International	329
<b>Tabla 134.</b> Función laboral y actitudes hacia el Diagnóstico enfermero	330
<b>Tabla 135.</b> Asociación Función laboral con la actitud Significado	331
<b>Tabla 136.</b> Test de corrección de Bonferroni para la actitud Significado	331
<b>Tabla 137.</b> Función laboral y contenidos de NANDA International	332
<b>Tabla 138.</b> Función laboral y responsabilidades exclusivas	333
<b>Tabla 139.</b> Test de corrección de Bonferroni para responsabilidades exclusivas con el uso de NANDA International	334
<b>Tabla 140.</b> Función laboral, teorías de Enfermería y conceptos exclusivos	335
<b>Tabla 141.</b> Función laboral y utilidad e intuitividad de NANDA International	336
<b>Tabla 142.</b> Test de corrección de Bonferroni para la utilidad de NANDA International	336
<b>Tabla 143.</b> Test de corrección de Bonferroni para la intuitividad de NANDA International	337
<b>Tabla 144.</b> Etiquetas diagnósticas de síndromes	354



# ÍNDICE DE FIGURAS

---

<b>Figura 1.</b>	Corriente evolutiva de la disciplina enfermera	16
<b>Figura 2.</b>	Escala de abstracción en el proceso de construcción teórica	18
<b>Figura 3.</b>	Continuo operativo Salud-Enfermedad	33
<b>Figura 4.</b>	Proceso diagnóstico autónomo en el continuo salud enfermedad	51
<b>Figura 5.</b>	Conceptos y términos excluidos de la conceptualización como Diagnóstico enfermero	57
<b>Figura 6.</b>	Matriz DAFO en el proceso de comunicación de las enfermeras	66
<b>Figura 7.</b>	Diagrama estructural de un diagnóstico en NANDA International	112
<b>Figura 8.</b>	Relaciones entre los componentes de una categoría diagnóstica	116
<b>Figura 9.</b>	Fórmula para calcular el tamaño muestral en una población finita	135
<b>Figura 10.</b>	Criterios para evaluar un Diagnóstico enfermero	137
<b>Figura 11.</b>	Guión de la entrevista semiestructurada	142
<b>Figura 12.</b>	Guión de la entrevista semiestructurada en Portugal	142
<b>Figura 13.</b>	Etapas del diseño y validación del instrumento EVALUAN-I	150
<b>Figura 14.</b>	Desarrollo profesional y lenguajes enfermeros	199
<b>Figura 15.</b>	Práctica clínica transdisciplinar y comunicación	201
<b>Figura 16.</b>	Adecuación teórica y desarrollo profesional	202
<b>Figura 17.</b>	Aspectos que influyen en la mejora de NANDA International	207
<b>Figura 18.</b>	Elementos para la adecuación teórica de NANDA International	210
<b>Figura 19.</b>	Utilidad de NANDA International en la práctica asistencial	218
<b>Figura 20.</b>	Implicaciones de los lenguajes enfermeros en la comunicación	226
<b>Figura 21.</b>	Teoría sustantiva sintetizada en la fase cualitativa	231
<b>Figura 22.</b>	Representación gráfica del Modelo 1	254
<b>Figura 23.</b>	Representación gráfica del Modelo 2	260
<b>Figura 24.</b>	Representación gráfica del Modelo 3	266



# ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

<b>Gráfico 1.</b>	Tipología diagnóstica de NANDA Internacional	163
<b>Gráfico 2.</b>	Nivel de evidencia de los diagnósticos	172
<b>Gráfico 3.</b>	Nivel de evidencia según tipología diagnóstica	179
<b>Gráfico 4.</b>	Año de inclusión de los diagnósticos	179
<b>Gráfico 5.</b>	Tipología de los Diagnósticos activos	187
<b>Gráfico 6.</b>	Tipología de los Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria	191
<b>Gráfico 7.</b>	Gráfico de sedimentación	238
<b>Gráfico 8.</b>	Aceptación de NANDA Internacional en la práctica asistencial	275
<b>Gráfico 9.</b>	Evidencia científica de NANDA Internacional	277
<b>Gráfico 10.</b>	Evidencia científica de los diseños metodológicos	277
<b>Gráfico 11.</b>	Contextualización del cuidado a través de los diagnósticos	278
<b>Gráfico 12.</b>	Comparativa de la claridad y descriptividad de NANDA Internacional	279
<b>Gráfico 13.</b>	Relevancia de los indicadores diagnósticos para emitir juicios clínicos	280
<b>Gráfico 14.</b>	Coherencia interna de NANDA Internacional	281
<b>Gráfico 15.</b>	Conceptos o contenidos duplicados en NANDA Internacional	282
<b>Gráfico 16.</b>	Codificación inequívoca de NANDA Internacional	282
<b>Gráfico 17.</b>	Configuración estructural versus facilidad de aprendizaje de NANDA Internacional	283
<b>Gráfico 18.</b>	Sinónimos con otras clasificaciones diagnósticas	284
<b>Gráfico 19.</b>	Mapeo con otras terminologías	285
<b>Gráfico 20.</b>	Correspondencia entre Factores relacionados/Factores de riesgo y diagnósticos médicos o enfermedades	286
<b>Gráfico 21.</b>	Correspondencia entre Etiquetas diagnósticas y diagnósticos médicos o enfermedades	287
<b>Gráfico 22.</b>	Proporción de conceptos centrales identificados en NANDA Internacional	288
<b>Gráfico 23.</b>	Funciones y responsabilidades exclusivas con NANDA Internacional	288
<b>Gráfico 24.</b>	Teorías enfermeras y NANDA Internacional	289
<b>Gráfico 25.</b>	Desarrollo de conceptos exclusivos	289
<b>Gráfico 26.</b>	Desarrollo académico de la Enfermería	290
<b>Gráfico 27.</b>	Utilidad, intuitividad y aplicabilidad de NANDA Internacional	291
<b>Gráfico 28.</b>	Abstracción de los diagnósticos	292

<b>Gráfico 29.</b>	Organización del conocimiento específico y autónomo	292
<b>Gráfico 30.</b>	Competencia para decidir los cuidados	293
<b>Gráfico 31.</b>	Correspondencia de problemas de salud con Diagnósticos enfermeros	295
<b>Gráfico 32.</b>	Nivel académico y diagnósticos con evidencia	301
<b>Gráfico 33.</b>	Nivel académico y correspondencia de NANDA International con diagnósticos médicos o enfermedades	304
<b>Gráfico 34.</b>	Nivel académico y correspondencia de Factores relacionados y Factores de riesgo con diagnósticos médicos o enfermedades	305
<b>Gráfico 35.</b>	Nivel académico y utilidad de NANDA International	308
<b>Gráfico 36.</b>	Utilidad de NANDA International en diferentes ámbitos laborales	321
<b>Gráfico 37.</b>	Ámbito laboral y Conocimientos deficientes	325
<b>Gráfico 38.</b>	Ámbito laboral y Deterioro del intercambio de gases	327
<b>Gráfico 39.</b>	Ámbito laboral e Insomnio	328
<b>Gráfico 40.</b>	Función laboral y Significado del Diagnóstico enfermero	332
<b>Gráfico 41.</b>	Función laboral, uso de NANDA International y competencia enfermera	334
<b>Gráfico 42.</b>	Función laboral y Utilidad de NANDA International	337
<b>Gráfico 43.</b>	Función laboral e Intuitividad de NANDA International	338



# ACRÓNIMOS

---

<b>ABC-Codes</b>	Alternative Billing Concepts Codes
<b>ACENDIO</b>	Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes
<b>ACV</b>	Accidente Cerebro Vascular
<b>AE</b>	Atención Especializada
<b>AENTDE</b>	Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería
<b>AFC</b>	Análisis Factorial Confirmatorio
<b>AFE</b>	Análisis Factorial Exploratorio
<b>AGFI</b>	Adjusted goodness of fit index
<b>ANA</b>	American Nurses Association
<b>AORN</b>	Association of PeriOperative Registered Nurses
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>ATIC</b>	Arquitectura-Terminología-Infermería/Información-Clasificación
<b>ATS</b>	Ayudante Técnico Sanitario
<b>CCC</b>	Clinical Care Classification
<b>CD</b>	Características definitorias
<b>CDD</b>	Comité de desarrollo diagnóstico
<b>CFI</b>	Comparative fit index
<b>CHUIMI</b>	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CIPE</b>	Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera
<b>CMD</b>	Conjunto mínimo de datos
<b>CNPII</b>	Committee for Nursing Practice Information Infrastructure
<b>CVC</b>	Coeficiente de Validez de Contenido
<b>DAFO</b>	Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades
<b>DE</b>	Diagnóstico enfermero
<b>DSM</b>	Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales
<b>EGC</b>	Enfermera gestora de casos
<b>EPA</b>	Enfermera de prácticas avanzadas
<b>EPS</b>	Educación para la salud
<b>Fr</b>	Factores de riesgo
<b>FR</b>	Factores relacionados

<b>GFI</b>	Goodness of fit index
<b>GRD</b>	Grupos relacionados por el diagnóstico
<b>HCE</b>	Historia Clínica Electrónica
<b>HL7</b>	Health Level Seven International
<b>HUIGC</b>	Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
<b>HUMIC</b>	Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias
<b>ICE</b>	Informe de Cuidados de Enfermería
<b>ICN</b>	International Council of Nurses
<b>ICNP</b>	International Classification for Nursing Practice
<b>ISO</b>	International Standards Organization
<b>JCI</b>	Joint Commission International
<b>LOINC</b>	Logical Observation Identifiers Names and Codes
<b>NANDA-I</b>	NANDA International, Inc
<b>NDE</b>	Nivel de evidencia
<b>NFI</b>	Normed fit index
<b>NIC</b>	Nursing Interventions Classification
<b>NLM</b>	National Library of Medicine
<b>NMDS</b>	Nursing Minimum Data Set
<b>NNFI</b>	Nonnormed fit index
<b>NNN</b>	NANDA-NOC-NIC
<b>NOC</b>	Nursing Outcomes Classification
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OS</b>	OMAHA System
<b>PBE</b>	Práctica basada en la evidencia
<b>PC</b>	Problemas de colaboración
<b>PCE</b>	Plan de cuidados estandarizado
<b>PE</b>	Proceso enfermero
<b>PES</b>	Problema-Etiología-Sintomatología
<b>PND</b>	Position on Nursing Diagnoses
<b>PNDS</b>	PeriOperative Nursing Data Set
<b>Q-DIO</b>	Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes
<b>QOD</b>	Quality of Nursing Diagnoses
<b>QR</b>	Quick response
<b>RAE</b>	Real Academia Española
<b>RD</b>	Real Decreto
<b>RMR</b>	Root mean square residual

<b>RMSEA</b>	Root mean square error of approximation
<b>SNOMED-CT</b>	Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SOC</b>	Sentido de la Coherencia
<b>TIC</b>	Tecnologías de la información y comunicación
<b>TLI</b>	Tucker-Lewis index
<b>UJI</b>	Universitat Jaume I
<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
<b>USA</b>	United States of America
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>ZCEQNP</b>	Ziegler Criteria for Evaluating the Quality of the Nursing Process



## RESUMEN

---

**Introducción:** NANDA-I constituye la taxonomía diagnóstica enfermera de referencia, aunque su aplicación clínica no ha gozado del impulso, aceptación y progreso deseables.

**Objetivos:** El objetivo general de esta tesis doctoral es evaluar la aplicación de la clasificación diagnóstica NANDA-I en el ámbito clínico. Los objetivos específicos son analizar los contenidos y adecuación teórica de NANDA-I, describir la percepción de las enfermeras sobre su uso y diseñar y validar un instrumento para evaluar la aplicabilidad clínica de NANDA-I.

**Metodología:** Estudio mixto desarrollado en tres fases. En la primera se realizó un análisis de contenido de la edición NANDA-I 2015/2017 y un estudio descriptivo de los Informes de Enfermería al alta hospitalaria en una muestra aleatoria simple (n=370) del Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil usando SPSS®. En la segunda se realizó un estudio cualitativo desde la Teoría Fundamentada con entrevistas en profundidad a enfermeras expertas en España (n=7) y Portugal (n=3) para identificar categorías clave en la utilización de NANDA-I usando ATLAS.ti®. En la tercera se realizó el diseño y validación métrica de EVALUAN-I en una muestra no probabilística (n=460) de enfermeras españolas y posterior análisis de su aplicación usando SPSS® y R®. El estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación de Las Palmas (2019-190-1).

**Resultados:** En la fase descriptiva, el análisis de NANDA-I mostró N=235 etiquetas diagnósticas con escasa validación clínica (0,85% ensayos no aleatorizados; 37,87% sin evidencia), de las cuales 55,32% estaban focalizadas en el problema y 19,1% correspondían al Dominio Seguridad/Protección. El análisis de los informes de cuidados al alta mostró que las enfermeras usaron lenguajes estandarizados un 49,23%, incluyendo diagnósticos activos (95,38%) y resueltos (4,62%).

En la fase cualitativa emergieron tres grupos de categorías de análisis (lenguajes, NANDA-I y práctica asistencial) que establecieron las bases para diseñar el cuestionario.

La validación de EVALUAN-I mostró una excelente fiabilidad ( $\alpha=0,957$ ) y moderada estabilidad temporal interobservadores ( $k=0,080$ ;  $IC95\%=0,071-0,089$ ) e intraobservadores ( $k=0,031$ ;  $IC95\%=-0,289-0,350$  –  $k=0,893$ ;  $IC95\%=0,611-1,174$ ). El Análisis Factorial Exploratorio ( $KMO=0,931$ ;  $Chi^2=16786,24$  ( $p=0,000$ )) evidenció un poder explicativo de la varianza 70,86%. El Análisis Factorial Confirmatorio ( $RMSEA=0,054$ ;  $NNFI=0,903$ ;  $CFI=0,910$ ;  $TLI=0,903$ ) ratificó su estructura en 9 dimensiones: competencia clínica, aptitudes para el razonamiento diagnóstico, actitudes ante el diagnóstico enfermero, conceptos centrales de la disciplina, contenidos de la clasificación, atributos fisiopatológicos, nivel de evidencia científica, precisión diagnóstica y comparativa conceptual entre terminologías. La aplicación de EVALUAN-I identificó NANDA-I como la clasificación más reconocida ( $\mu=3,58$ ;  $sd=1,84$ ), con moderada aceptación ( $\mu=3,09$ ;  $sd=1,49$ ) y utilización ( $\mu=3,53$ ;  $sd=1,61$ ); aunque su aplicabilidad asistencial mejoraba con el uso ( $r=0,50$ ). Las enfermeras académicas/investigadoras cuestionaron su evidencia científica ( $p=0,037$ ), estimando mayor significado ( $p=0,006$ ) y utilidad ( $p=0,007$ ).

**Conclusiones:** NANDA-I es la taxonomía más reconocida por las enfermeras en España. Los principales factores que influyen en la aplicabilidad clínica de NANDA-I son el nivel de evidencia de las etiquetas diagnósticas, la formación académica de las enfermeras y el uso asistencial de los diagnósticos enfermeros acorde al metaparadigma disciplinar.

EVALUAN-I constituye un instrumento fiable y válido para evaluar la configuración epistemológica, normativa e intuitiva de NANDA-I así como su utilización por las enfermeras.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** NANDA-I constitutes the reference nursing diagnostic taxonomy, although its clinical application has not enjoyed the desired impulse, acceptance and progress.

**Objectives:** The general objective of this doctoral thesis is to evaluate the application of the NANDA-I diagnostic classification in the clinical setting. The specific objectives are to analyse the contents and theoretical adequacy of NANDA-I, to describe the nurses' perception of its use, and to design and validate an instrument to evaluate the clinical applicability of NANDA-I.

**Methodology:** A mixed study developed in three phases. In the first, a content analysis of the NANDA-I 2015/2017 edition and a descriptive study of the nursing reports at hospital discharge in a simple random sample (n=370) at Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil using SPSS® were carried out. In the second, a qualitative study was conducted using Grounded Theory with in-depth interviews to expert nurses in Spain (n=7) and Portugal (n=3) to identify key categories in the use of NANDA-I using ATLAS.ti®. In the third, the design and metric validation of EVALUAN-I was carried out in a non-probabilistic sample (n=460) of Spanish nurses and subsequent analysis of its application using SPSS® and R®. The study was approved by Las Palmas research ethics committee (2019-190-1).

**Results:** In the descriptive phase, NANDA-I analysis showed N=235 diagnostic labels with low clinical validation (0.85% non-randomised trials; 37.87% no evidence), of which 55.32% were problem-focused and 19.1% corresponded to the Safety/Protection Domain. Analysis of discharge care reports showed that nurses used standardised languages 49.23%, including active (95.38%) and resolved (4.62%) diagnoses.

In the qualitative phase, three groups of analysis categories emerged (languages, NANDA-I and assistance practice) which established the basis for the design of the questionnaire.

Validation of EVALUAN-I showed excellent reliability ( $\alpha=0.957$ ) and moderate inter-observer ( $k=0.080$ ; 95%CI=0.071-0.089) and intra-observer ( $k=0.031$ ; 95%CI=-0.289-0.350 -  $k=0.893$ ; 95%CI=0.611-1.174) temporal stability. Exploratory Factor Analysis (KMO=0.931; Chi2=16786.24 ( $p=0.000$ )) showed an explanatory power of variance 70.86%. The Confirmatory Factor Analysis (RMSEA=0.054; NNFI=0.903; CFI=0.910; TLI=0.903) confirmed its structure in 9 dimensions: clinical competence, nurses' reasoning skills, attitudes towards nursing diagnosis, discipline' central concepts, classification's contents, physiopathological attributes, level of scientific evidence, diagnostic precision and conceptual correspondence between terminologies. The EVALUAN-I application identified NANDA-I as the most recognised classification ( $\mu=3.58$ ;  $sd=1.84$ ), with moderate acceptance ( $\mu=3.09$ ;  $sd=1.49$ ) and use ( $\mu=3.53$ ;  $sd=1.61$ ); although its applicability to care improved with use ( $r=0.50$ ). Academic/research nurses questioned its scientific evidence ( $p=0.037$ ), estimating greater significance ( $p=0.006$ ) and usefulness ( $p=0.007$ ).

**Conclusions:** NANDA-I is the most recognised taxonomy by nurses in Spain. The main factors influencing the clinical applicability of NANDA-I are the level of evidence of the diagnostic labels, the academic training of nurses and the use of nursing diagnoses in assistance according to the discipline's metaparadigm. EVALUAN-I is a reliable and valid instrument to assess the epistemological, normative and intuitive configuration of NANDA-I and its use by nurses.





# **INTRODUCCIÓN**



## INTRODUCCIÓN

Todas las disciplinas científicas están constituidas por un cuerpo de conocimientos organizado y sistemático que hace uso de leyes o principios generales en un ámbito concreto y específico, posibilitando que los científicos que comparten un lenguaje y unos criterios comunes alcancen un acuerdo universal (Hernández-Conesa et al., 2003). Este cuerpo de conocimientos debe ser descriptivo, explicativo y predictivo. En esta línea, las ciencias de la salud se ocupan de abordar el comportamiento humano desde distintas perspectivas; correspondiendo a las enfermeras comprender los aspectos relacionados con el cuidado de la salud en la interacción del organismo humano con el entorno, contemplando la expresión de los problemas de forma holística.

La Enfermería es una disciplina consolidada, pero necesita alcanzar la madurez científica en el proceso de sistematización de sus conocimientos (Hernández-Conesa et al., 2003). Actualmente está integrada por distintas corrientes teóricas que constituyen modelos teóricos potenciales adaptados de las Teorías Generales de otras disciplinas, que tratan de explicar los fenómenos de la realidad objeto de estudio de la Enfermería desde sus correspondientes orientaciones, todo ello en espera de una Teoría Enfermera General Propia.

Desde esta perspectiva idealista, la Enfermería es una ciencia emergente con alta potencialidad y proyección clínica; la diversidad de enfoques, unida a un cuerpo de conocimientos muy extenso, es fruto de la pluralidad teórica y conceptual que le otorga el marco de referencia (Gordon, 1996). Con una notable progresión de sus conocimientos en las últimas décadas, los conceptos centrales que la caracterizan y distinguen epistemológicamente de otras disciplinas, relativamente próximas, fundamentan la base de su desarrollo. En palabras de Kérrouac y colaboradores (1996) *“el centro de interés de la disciplina enfermera indica aquello sobre lo que se orienta la práctica..., sobre lo que se dirige su juicio y sus decisiones profesionales. La práctica se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud”*.

En el aspecto más pragmático, a pesar de los esfuerzos realizados para homogeneizar la práctica enfermera, la desigualdad filogenética evolutiva en los

distintos contextos internacionales ha favorecido la disparidad competencial de la disciplina, lo que ha supuesto que la visibilidad de estos profesionales en los sistemas sanitarios sea heterogénea. En estos entornos, en ocasiones, la práctica asistencial de las enfermeras ha estado dominada por la variabilidad y la ausencia de especificidad competencial.

Debido a este indeterminismo disciplinar, la Enfermería se ha desarrollado de forma paralela al crecimiento de otras doctrinas cercanas, tales como la Medicina, la Psicología, la Antropología y la Sociología, entre otras; manteniéndose activa la necesidad de expandirse desde la perspectiva autónoma, lo que exige que la investigación se circunscriba a su cuerpo de conocimientos.

Como resultado del acceso al más alto nivel académico a través de la formación especializada y el doctorado, los cuidados profesionalizados originados a partir de la investigación son, en el momento histórico actual, uno de los motores de este desarrollo. Estos cuidados son realizados a individuos que presentan demandas en relación a situaciones de enfermedad y muerte, o simplemente pérdida de salud o de calidad de vida percibida. Pero además, este desarrollo se produce como resultado de los cambios en la concepción de la salud y el bienestar; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997), la definición de salud se ha ido vinculando a una noción dinámica e interdependiente que puede presentar variaciones biológicas y sociales. La respuesta profesional ante todos estos cambios conceptuales ha consistido en modificaciones de las estrategias de fomento y promoción de la salud, conocimientos relacionados con la capacidad de autocuidado y manejo de hábitos saludables de los individuos, así como las condiciones salutogénicas del entorno donde viven (Collado, 2014). En este sentido, la interdependencia que presentan los procesos en el continuo salud-enfermedad exige cada vez más una estrecha colaboración de las disciplinas que intervienen. No es posible que ninguna disciplina sea capaz de solucionar, de forma aislada, las demandas de las personas enfermas o sanas que requieren atención profesional.

La interdisciplinariedad o multidisciplinariedad son, en este contexto, requisitos inherentes al sistema establecido para la atención a la salud. Cada vez más, se exige

un valor añadido; no solo consiste en dar solución a las enfermedades o demandas de salud, es preciso aportar calidad a los procesos asistenciales. Para ello es necesaria una estrecha colaboración centrada en el individuo, donde las personas demandantes de servicios sean el verdadero centro de la atención y el objetivo primordial de los profesionales. Todo ello es posible desde una atención transdisciplinar donde, sin perder de vista ese objetivo, cada disciplina enfoca su actuación desde sus competencias profesionales, sin dejar de lado la necesaria colaboración con otras, para las que el grado de difusión ha borrado la nitidez de una línea que separa lo específico de lo compartido. Ahí está la dificultad y el reto de futuro que debe afrontar la Enfermería si no quiere ser absorbida o fagocitada por una creciente indeterminación, desde la que no se vislumbra verdadera autonomía.

Como parte de los aspectos que muestran mayor nivel de desarrollo en la Enfermería, a partir de los años 80 y 90, destaca la normalización de la práctica asistencial mediante la implementación y desarrollo de taxonomías o lenguajes sistematizados; clasificaciones y terminologías que tienen la finalidad de proveer elementos estructurales y semánticos capaces de dotar a la disciplina de conceptos y contenidos ceñidos a sus elementos centrales o metaparadigmáticos, proporcionando elementos estructurales que permitan su diferenciación específica en la comunidad científica y en los sistemas de salud.

Entre estos sistemas clasificatorios y terminológicos trascienden, con un papel destacado, los Diagnósticos enfermeros. Estos conceptos responden a la necesidad de determinar situaciones de salud de la población susceptibles de ser identificadas, priorizadas y juzgadas con autonomía por las enfermeras; con la finalidad de establecer el plan de cuidados integral a partir del que sea posible instaurar las intervenciones necesarias para satisfacer, de la mejor manera que convenga, los problemas de salud de los individuos o grupos de individuos; cuyo desenlace deberá ser medido y evaluado con objetividad y rigor científico.

Desde esta perspectiva, la clasificación NANDA International, Inc. se ha convertido en la de mayor uso y repercusión (Tastan et al., 2014) en los múltiples sistemas mundiales de salud; no obstante su aplicación, utilización y manejo por parte de las

enfermeras del ámbito asistencial no ha gozado del impulso, aceptación y progreso deseable.

Todo ello, a pesar de la evolución teórica de la disciplina enfermera, del exponencial incremento en el rigor de las investigaciones relacionadas con la competencia diagnóstica, del perfeccionamiento de los estudios de validación de contenidos diagnósticos, de las sucesivas modificaciones y mejoras estructurales en las periódicas ediciones de la clasificación y de su integración en los distintos sistemas de información.

De esta situación se derivan múltiples incógnitas, entre las que destacamos los concernientes a la conveniencia del uso de NANDA International en el proceso de comunicación entre las enfermeras; así como la competencia diagnóstica derivada para emitir juicios clínicos en el marco teórico de la autonomía profesional o la utilidad clínica de los conceptos diagnósticos para comunicar el estado de salud de las personas. La presente investigación pretende dar respuestas a algunos de estos interrogantes mediante la evaluación de la clasificación NANDA International en el entorno clínico.

Para ello se ha estructurado en cuatro partes:

**En la primera parte**, se ha desarrollado el marco teórico de referencia. Debido a la complejidad del problema de estudio se ha realizado un abordaje integrador de los aspectos involucrados. En primer lugar, se acomete una aproximación al proceso evolutivo de la ciencia enfermera desde la perspectiva de los distintos modelos en los que se desarrolla la práctica asistencial, tanto desde el atisbo de modelos teóricos como desde modelos empíricos; este capítulo finaliza realizando inferencias acerca de la actual y dominante crisis en el modelo asistencial.

En segundo lugar, se ha realizado un abordaje al desarrollo de la disciplina enfermera atendiendo a los fundamentos paradigmáticos y metaparadigmáticos involucrados en el cuidado de la salud desde la perspectiva que sitúa a las personas, con autonomía para su autocuidado, en el centro del proceso asistencial;

integrando e interrelacionando los distintos profesionales del equipo multidisciplinar desde una perspectiva transdisciplinar.

A continuación, se han abordado elementos relacionados con la proyección metodológica que proviene del Proceso enfermero en un escenario favorecedor de la autonomía disciplinar; centrando nuestro interés en la etapa diagnóstica y en la respuesta humana como eje vertebrador del desarrollo de esta competencia diagnóstica.

En cuarto lugar, se ha analizado el constructo teórico-práctico de la comunicación desde una perspectiva general, para posteriormente focalizar la atención hacia la comunicación entre las enfermeras mediante el uso de lenguajes normalizados, instrumentalizado a través del Informe de Cuidados de Enfermería.

Posteriormente, se han abordado los sistemas de clasificación y terminologías en Enfermería; en lo que acontece a los aspectos funcionales, las clasificaciones propias de la disciplina enfermera (Omaha System, International Classification for Nursing Practice, Clinical Care Classification), las clasificaciones con orientación multidisciplinar y los lenguajes enfermeros de interfase. En este capítulo también han sido abordados los procesos de validación diagnóstica y evidencia científica.

En sexto lugar, se han expuestos las características del Sistema Nacional de Salud y su determinación en el proceso de la continuidad asistencial de los cuidados.

Por último, se han analizado los aspectos más relevantes de la clasificación NANDA International: epistemológicos, normativos, configuración estructural, indicadores diagnósticos, coherencia interna, aspectos intuitivos y adecuación cognitiva.

**En la segunda parte**, se ha desarrollado la metodología seguida en el proceso de la investigación. Se han planteado los objetivos de trabajo, el enfoque metodológico y el diseño de la investigación, así como la descripción de los participantes, las variables y los instrumentos de recogida de datos para cada una de las

poblaciones, finalizando con la descripción del proceso de análisis de datos y los criterios éticos.

**En la tercera parte**, se ha realizado el informe de resultados alcanzados en las sucesivas etapas de la investigación. En primer lugar, los relativos a la fase descriptiva, por un lado los concernientes a la edición 2015-2017 de NANDA International; a continuación, los Informes de Cuidados de Enfermería extraídos de los registros de las Historias Clínicas Electrónicas. Posteriormente, los correspondientes a la fase cualitativa. Seguidamente los proporcionados por el desarrollo y validación del instrumento EVALUAN-I.

**En la cuarta parte**, se ha planteado la discusión; tanto sobre el proceso de investigación como los resultados alcanzados. En esta última parte se aportan las conclusiones del estudio. Además, se establecen las limitaciones del estudio, así como las líneas futuras de investigación.





**PARTE I:  
MARCO TEÓRICO**



## PARTE I: MARCO TEÓRICO

---

### 1. Pragmatismo, empirismo y modelos enfermeros para la práctica asistencial

Las enfermeras son los profesionales de la salud que están en posesión de las más altas competencias específicas, las mayores capacitaciones formativas y la más amplia experiencia asistencial en los sistemas sanitarios para dar respuesta a los cuidados. La situación académica y científica actual es un valor para que este rol profesional pueda ser desempeñado desde una perspectiva teórica, que integre de forma complementaria y sincrónica las corrientes teóricas y empíricas del pensamiento enfermero (Mariscal, 2006). No obstante, en el panorama internacional de los sistemas de salud se observa una situación diametralmente opuesta a lo esperado. Desde hace varias décadas, el camino recorrido por la disciplina enfermera se torna divergente a pesar de los múltiples esfuerzos académicos, asociativos e institucionales; se produce un distanciamiento entre los ámbitos teóricos y empíricos. De esta manera, la conceptualización teórica enfermera no es aplicable en los modelos asistenciales; del mismo modo, la conceptualización pragmática, en cierto modo, se aleja de los preceptos filosóficos teóricos.

Esta situación, tal como expuso Mariscal (2006; 2012), *“se torna en un proceso de crisis, de cambio de paradigma que sin duda nos encamina hacia la madurez científica”*. Se perfila un avance hacia una nueva visión de la realidad que va más allá de los límites disciplinares y conceptuales; basada en la comprensión de las relaciones y dependencias recíprocas de todos los fenómenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Capra, 1987). Desde esta forma de entender el desarrollo disciplinar, continúa Mariscal citando a Kuhn (Kuhn, 1970, 1977; en Mariscal, 2006), *“el progreso de la ciencia se produce a través de una serie de revoluciones donde la antigua forma de pensar es reemplazada por nuevas perspectivas que se continúan con un período de relativa armonía. Durante este período un paradigma o matriz disciplinar es dominante y enfermeras, investigadores, educadores y líderes trabajan dentro de este paradigma, adaptando*

*su vocabulario y confiando en su capacidad para explicar fenómenos relacionados con la disciplina”.*

Desde este punto de vista, concebir el contexto paradigmático en el que ha sido ordenada la Enfermería nos habilita para definir el estado actual de la profesión así como sus relaciones con otras ciencias yuxtapuestas.

### **1.1. Aproximación al desarrollo de la ciencia enfermera**

Una disciplina constituye un campo de investigación marcado por una perspectiva única, que otorga una manera distinta de ver los fenómenos (Kérouac et al., 1996); constituyéndose en disciplina profesional cuando, además, presenta un sistema de creencias y valores dirigidos hacia el compromiso y la responsabilidad social en un área particular del conocimiento (Durán de Villalobos, 2002).

Actualmente, la Enfermería puede ser considerada una disciplina dotada de un cuerpo de conocimientos específico, que la distingue y otorga entidad propia frente a otras ciencias en el ámbito de la salud, tanto académico como asistencial. Sin embargo, a lo largo de la historia sus formas de proyección e impacto profesional y social han sufrido cambios (Gómez Beltrán, 2017). Conocer el pasado permite identificar donde estamos, para estar en disposición de elegir hacia donde se quiere ir; de tal manera que se hace necesario estudiar el pasado, ponderar el presente y así construir el futuro (Matesanz Santiago, 2009).

El origen etimológico de los vocablos Enfermería y enfermera, en el contexto de nuestra lengua, remiten a términos latinos que vinculan directamente aspectos relacionados con la enfermedad. Expresiones tales como: curar, asistir, atender o cuidar a los enfermos, aparecen en diferentes definiciones realizadas entre los años 1732 y 2002 (Gálvez Toro, 2007). Estas definiciones están íntimamente ligadas a la manera en la que se ha desarrollado la disciplina, siendo además un elemento favorecedor para la perpetuación en la concepción popular de las enfermeras, mantenida hasta épocas recientes en nuestra sociedad.

En este sentido, el desarrollo curricular de los planes de estudio en España distinguió, desde principios del siglo XX, dos figuras claramente diferenciadas por los roles y estereotipos sociales. Por un lado, los *practicantes*, mayoritariamente

hombres que trabajaban, sobretodo, en el ámbito comunitario. Por otro lado, las *enfermeras*, formadas principalmente para trabajar en el ámbito hospitalario, dominado por la búsqueda de soluciones a la problemática biomédica de los pacientes; en un contexto social donde el crecimiento progresivo de los hospitales provocó una demanda de estos profesionales. A partir del Decreto por el que se organizaron los estudios de la carrera de Enfermera (Boletín Oficial del Estado [BOE], 1952) estas figuras se unificarían en la creación del título de “*Ayudante Técnico Sanitario*” (ATS), aumentando sus responsabilidades y competencias prácticas, aunque conservando dos aspectos perdurables durante años:

- i. Un acrónimo, ATS, con una fuerte carga semántica implícita: Ayudante (que carece de plena autonomía), Técnico (ofreciendo una idea relacionada con el “saber hacer” técnicas) y Sanitario (limitando el campo de actuación al ámbito sanitario) (Gómez Beltrán, 2017). En la época actual, ya adentrados en el siglo XXI, este acrónimo continúa estando presente. Aunque de forma atenuada en la concepción popular, su aparición es notable en organismos oficiales y servicios autonómicos de salud, vigente aún en documentos normativos y legislativos.
- ii. Una formación académica que mantiene la visión fraccionada de la persona y con un cuidado centrado en la enfermedad (Rodrigo, 2017; Santos, 2014).

A diferencia de otros países europeos, el reconocimiento de la adscripción universitaria de la Enfermería española se produce tardíamente, en el año 1977, tras la aprobación del Real Decreto (RD) 2128 sobre Integración en la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería (BOE, 1977), destacándose tres peculiaridades:

- i. Que las enfermeras no accederían a ocupar plazas de Profesores Titulares de Escuelas Universitarias.
- ii. Un techo académico para estos profesionales, sin posibilidad de acceso al grado de Doctor por la vía directa.
- iii. La divergencia formativa en áreas específicas destinadas a desarrollar el rol autónomo enfermero aplicable en la práctica profesional (Santos, 2014).

Nos encontramos ante una rama del conocimiento que está avanzando a ritmo acelerado, pero que muestra ciertas disonancias cognitivas que le impiden autodelimitarse de forma efectiva para configurar su identidad; manteniendo todavía un relativo estado de inmadurez científica.

El cuidado, entendido como quehacer de la Enfermería y a pesar de haber surgido desde los inicios de la humanidad, no ha alcanzado el desarrollo esperado en el panorama internacional; algunas características lo sitúan cerca del conocimiento o sentido común, con limitaciones de proyección sistemática y de reflexión crítica; afín a los modos de saber precientíficos, tales como el conocimiento técnico, protocientífico o pseudocientífico (Hernández-Conesa et al., 2003).

Esta situación está acentuada en España, donde el grado de Doctor no comenzó a ser ofertado por las primeras Universidades hasta el año 2006 (Zabalegui et al., 2006). En nuestro contexto implica, en términos generales, una limitada tradición investigadora, pero sobre todo escasez de estudios que tengan como fenómeno de análisis elementos propios, en los que se vea favorecida la unidad epistémica y la homogeneidad de los procesos lógicos, semióticos y semánticos en relación a los nuevos hallazgos incorporados al conocimiento enfermero. Por otro lado, en nuestro contexto, el sistema sanitario está dominado por las prácticas centradas en la atención a la enfermedad (Capra, 1987; Rodrigo, 2017), reduciendo el espacio dedicado a las dimensiones sociales, psicológicas, culturales y espirituales de la salud (Zabalegui, 2003).

No obstante, este triángulo de interconexión entre la teoría, la investigación y la práctica asistencial genera la tensión necesaria para el desarrollo de la Enfermería (Mynaříková & Žiaková, 2014). En este sentido, estamos ante una ciencia con potencialidad para adquirir conocimientos mediante la observación, la experimentación y la práctica basada en la evidencia científica, situación que mantiene intacta y compatible su consideración como un arte y una filosofía (Zabalegui, 2003).

## **1.2. Modelos teóricos en Enfermería**

El desarrollo de cualquier ciencia es el resultado del proceso acumulado de conocimiento reflexivo a lo largo de la historia. La aportación progresiva de los sucesivos investigadores conforma una entidad con carácter propio y específico;

en este contexto, se produce simultáneamente la necesaria interacción con otras áreas del conocimiento que, con mayor o menor proximidad en su objeto de estudio, favorecen una difusión conceptual en la que se denota una simbiosis de enriquecimiento mutuo; de esta manera, se establecen los pilares científicos que conforman los elementos estatutarios de cada disciplina.

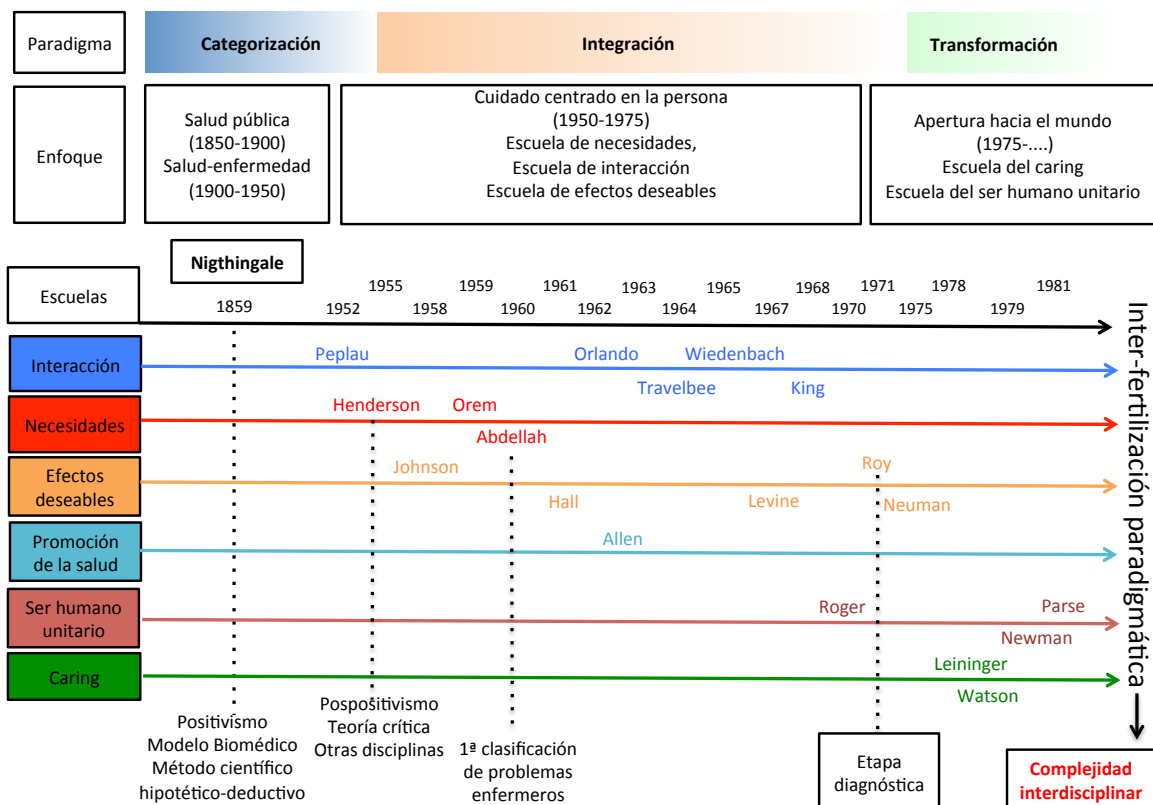
El rigor científico resultante de la aplicación metodológica y aséptica con la que se innova este conocimiento debe quedar garantizado por la alineación constructiva que aportan los elementos filosóficos, propiciando una retroalimentación epistemológica que nos sitúe en un marco académico genuino. Como parte de este proceso, es necesario dejar atrás cualquier vestigio que, según describe Hernández-Conesa (2003), sustenta el conocimiento precientífico, con explicaciones de poderes sobrenaturales o imaginarios, generalizaciones fundamentadas en la experiencia y mantenimiento tácito de las técnicas o reglas de actuación preestablecidas.

Aquellas disciplinas con dilatada trayectoria histórica han alcanzado mayor madurez de los fundamentos que la explican, con unas bases teorizadoras que han conseguido describirla y explicarla por medio de una interfertilización paradigmática consolidada. En este proceso de consolidación es fundamental el rigor que aportan los lenguajes científicos; formulando, a partir de lenguajes comunes y naturales, conceptos que permiten expresar de forma inequívoca, diferenciada y con mayor nivel de comprensión, los fenómenos que constituyen el objeto de estudio (Hernández Garre, 2012). A través de la fundamentación teórica, progresiva, sólida, rigurosa, organizada y unidireccional se desarrollan los argumentos válidos y necesarios para el progreso ascendente y consolidado de los preceptos que conforman la Enfermería.

Las primeras teorizaciones realizadas por Florence Nightingale (1820-1910) a mediados del siglo XIX suponen el inicio de la Enfermería moderna, con un programa formativo orientado a los cuidados y dotado de entidad propia (Gómez Beltrán, 2017) que establecía una base lógica centrada en el paciente y en la higiene del medio y del entorno, sin separar los aspectos físicos de los emocionales

o sociales; aunque determinado por los condicionantes socioculturales, económicos y políticos imperantes de la época, esto es, el rol de género de una profesión eminentemente femenina que la situaba en posiciones de inferioridad, el adoctrinamiento del cuidado vinculado al cristianismo como elemento vocacional y caritativo (Hernández-Conesa et al., 2003) y la supremacía del modelo biomédico centrado en la enfermedad; fragmentando el cuerpo humano y reduciendo la salud a una simple función mecánica (Capra, 1987). Ese momento supuso el punto de partida del desarrollo teórico que las sucesivas aportaciones fueron implementando (Figura 1) y que, en mayor o menor medida, han ido conformando el amplio marco teórico (Ramírez Elías, 2016) y el entramado conceptual de la Enfermería. Esta construcción ha estado, necesaria e inevitablemente, influida por las filosofías, métodos, bases teóricas, conceptos o terapias de otras disciplinas (Hernández Garre, 2012).

**Figura 1. Corriente evolutiva de la disciplina enfermera**



Fuente: Adaptación de Mariscal, elaborado a partir de Meleis, 1991 y Kérouac, 1996.



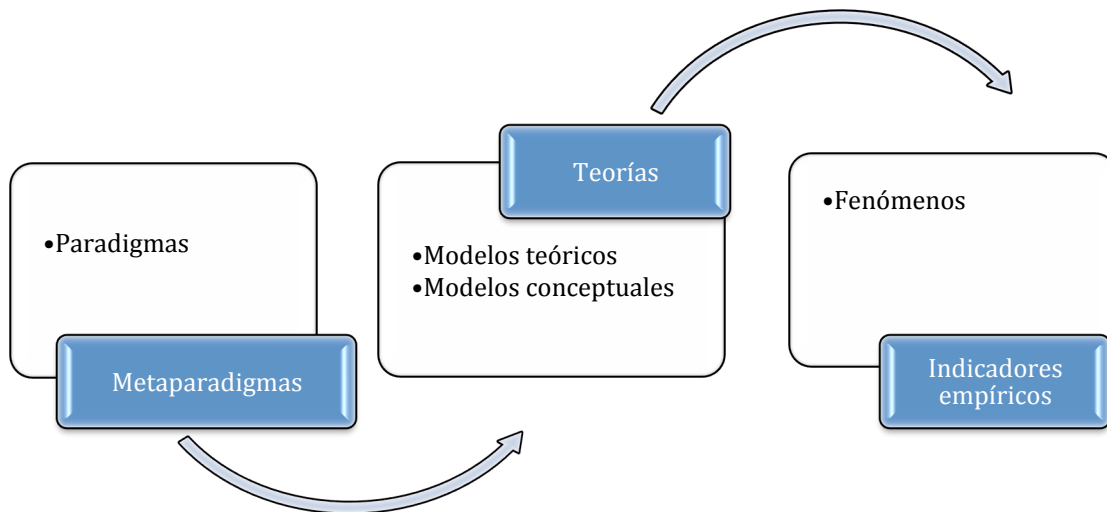
El desarrollo teórico enfermero ha contribuido, irreversiblemente, a la dotación de un cuerpo de conocimientos que aporta una visión holística de la salud de las personas, definiendo nuevos roles y competencias en cuidados (de-Souza-Cruz & Mariscal, 2016; Gómez Beltrán, 2017; Lafuente-Robles et al., 2019; Mikšová, Šamaj, Machálková, & Ivanová, 2014; Zabalegui, 2003) desde la perspectiva que ofrece un paradigma concreto y que permite a los miembros de dicha comunidad científica estudiar y aprender su profesión (Kuhn, 1975; en López-Parra et al., 2006). Los primeros modelos teóricos tienen su origen en el metaparadigma establecido por Fawcett (2000), que sirvió como marco organizador de este desarrollo conceptual. La literatura académica de los años 80 es abundante en comparaciones entre los diferentes modelos, reflejando los esfuerzos para construir comunidades académicas con el propósito de desarrollar o avanzar en ciertos estándares (Thorne et al., 1998).

Al implementar un modelo teórico en la práctica se origina un sistema cerrado en el que se parte de un proceso de pensamiento que establece los fundamentos para poder actuar y genera el soporte competencial para rendir cuentas. En palabras de Santos (2014), *“este sistema complejo está formado por diferentes subsistemas: conceptual, teórico-metodológico e instrumental. Optar por un modelo conceptual en concreto implica compartir sus valores y creencias, conocer sus conceptos, proposiciones y sus elementos fundamentales. Posteriormente requiere su operativización a través de la aplicación de un método enfermero que organice y sistematice los cuidados, precisa desarrollar documentación, usar tecnología para dirigir la práctica y poder evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras. En este análisis de la complejidad en la implementación de teoría en la práctica se conjugan conceptos de metodología y modelo teórico, el primero engloba la aplicación del segundo”*.

En este sentido, el conocimiento enfermero contemporáneo se constituye como un dispositivo heurístico complejo (Santos, 2014) con una estructura jerárquica que presenta distintos niveles de abstracción; partiendo desde los metaparadigmas y paradigmas, que originan los modelos filosóficos y conforman los diagramas teóricos de la disciplina; a partir de los cuales se establecen relaciones simbólicas, metafísicas y epistemológicas explicativas de la naturaleza conceptual y

proposicional. El descenso en el nivel de abstracción da pie a la formulación de las teorías, que describen, explican y predicen de forma sistematizada las interrelaciones de los fenómenos; hasta alcanzar el nivel más concreto, expresado mediante indicadores empíricos (Fawcett, 2000), según se describe en la Figura 2.

**Figura 2. Escala de abstracción en el proceso de construcción teórica**



La infertilidad en relación a las réplicas sobre la primacía de unos modelos teóricos sobre otros ha mantenido un bloqueo epistemológico, inhibiendo seriamente la capacidad de preguntarnos de forma relevante sobre los aspectos o el área de conocimiento que define la Enfermería. En este sentido, autores con posturas más pragmáticas han abandonado este debate y se han centrado en reconsiderar y reubicar la teoría central del mandato social, desarrollando teorías de rango medio, que buscan conocimiento destinado a solventar los problemas de la práctica aplicando un *"conjunto menos abstracto de conceptos relacionados que puedan proporcionar una verdad específica para los datos de la práctica enfermera"* (Marriner Tomey & Alligood, 2018); aunque sin sentido colectivo que englobe lo que mantiene esta disciplina unida (Thorne et al., 1998). En este orden, el conocimiento práctico puede ser insuficiente para el desarrollo coherente de la ciencia.

En cualquier caso y en gran medida, las enfermeras de nuestro contexto mantienen esta dicotomía, confinando los modelos teóricos de su práctica asistencial (López-

Parra et al., 2006), lo que origina una alteridad de mutuo desconocimiento. A este factor podemos añadir la existencia de una importante brecha entre el ámbito académico y asistencial, con planes de estudio que muy probablemente precisen ser nuevamente revisados; todo ello unido a un modelo sanitario que no está diseñado para que las enfermeras puedan aplicar su método científico.

### **1.3. Modelos empíricos en Enfermería**

En los centros asistenciales, la reflexión paradigmática acerca del cuidado originada en modelos teóricos está siendo relegada en favor del intervencionismo pragmático (Santos, 2014). Esta situación de empirismo asistencial establece un modelo experimental, por el que la práctica enfermera no recorre el sentido lógico que parte del conocimiento fundamentado en modelos conceptuales. El cuidado es lineal, a partir del conocimiento versado.

Para desarrollar esta forma de práctica clínica, las enfermeras hacen uso de distintos instrumentos en cada una de las etapas del proceso asistencial, entre los que se incluyen: guías de valoración estructurada y escalas validadas, taxonomías y clasificaciones diagnósticas, listados de intervenciones y actividades, criterios de resultados e indicadores empíricos, así como numerosas guías y protocolos de actuación que interrelacionan los lenguajes enfermeros vinculados a patologías (Johnson et al., 2012), apoyados por la tecnología y los sistemas de información. En la actualidad, este “modus operandi” domina la forma de trabajar en los servicios de salud de nuestro contexto, con un respaldo comercial para estos diagnósticos, intervenciones y criterios de resultado. En este contexto, la Enfermería advierte una oportunidad para el crecimiento científico y el desarrollo de su autonomía profesional (Luengo-Martínez & Paravic Klijn, 2016), aunque deben replantearse sus arquetipos, los patrones metodológicos empleados. Debe ser crítica y reflexiva con los conceptos generados desde su propia actividad, estableciendo un lenguaje coherente e inherente a su saber y su quehacer (Hernández-Conesa et al., 2003), superando las barreras interpuestas a la implantación de los resultados generados a partir de su investigación (Moreno-Casbas et al., 2010).

Imbricar la teoría y la práctica ha sido una cuestión controvertida, implica compartir valores y creencias originarias en las propuestas teóricas. En este

sentido, algunos profesionales denuncian un desfase de la teoría enfermera y la tachan de ser ejercicios meramente académicos (Medina, 2015; Santos, 2014). En cierto modo, este pragmatismo tiene consecuencias limitantes; la ausencia de autocrítica disciplinar y el modelo asistencial imperantes hacen innecesario que la práctica profesional esté fundamentada en el conocimiento enfermero.

Nada más alejado de la realidad. Precisamente, este empirismo es el que, desde épocas antiguas, ha transmitido el conocimiento de forma casi intuitiva; para el que no era preciso tener preparación específica, constituyéndose como una actividad universalmente intrínseca a cualquier forma de sociedad (Matesanz Santiago, 2009). Así, nuestra disciplina se ubica en el ámbito de las ciencias aplicadas, nuestro saber tiene que llevarse a la acción, pero sin olvidar que primero hay que saber para después hacer, lo que en definitiva implica “saber hacer” (Matesanz Santiago, 2009). En la actualidad, esta situación está vinculada al impulso de las prácticas basadas en la evidencia; la diferencia de este nuevo modo de pragmatismo consiste en el respaldo que otorga la aplicación de los resultados obtenidos a través del método científico. Con este método se aplica el mejor conocimiento disponible en un momento determinado en cualquier ámbito en el que sean partícipes las enfermeras: asistencial, docente, investigador o gestor. Todos estos ámbitos precisan resultados derivados de la investigación que mejoren la calidad de la atención al ciudadano desde diferentes enfoques, utilizando métodos cuantitativos o cualitativos rigurosos y en base a la mejor evidencia disponible, de forma que se favorezca la transferencia de conocimientos a la práctica, garantizando la calidad de los resultados (Orts-Cortés, 2011).

Entre las enfermeras, algunos tendrán inclinación hacia el más absoluto pragmatismo, mientras que otros mostrarán tendencias más epistemológicas; la verdadera esencia del desarrollo de la disciplina consiste en buscar y encontrar un equilibrio que otorgue estabilidad a este crecimiento.

#### **1.4. La crisis del modelo asistencial**

Actualmente, existe una brecha entre la perspectiva que tienen los profesionales asistenciales y la de los docentes o gestores. Los primeros ejercen el cuidado

directo, posición que les confiere una visión de campo y por tanto más pragmática, desde la que objetivar las dificultades que conlleva la aplicación de los modelos enfermeros en el entorno asistencial. La calidad y seguridad con la que se prescriben cuidados enfermeros en los centros asistenciales está íntimamente relacionada con factores tales como la dotación y ratios de personal, las características socio laborales, las dinámicas, el ambiente y los turnos de trabajo, así como el modelo de gestión instituido, lo que puede condicionar la omisión de cuidados por parte de las enfermeras (Kalisch & Williams, 2009; Rey Luque, 2017). Desde otra perspectiva, los docentes consideran que elementos como el pragmatismo, la ausencia de reflexión, la falta de utilidad y la escasa formación de las enfermeras asistenciales ha impedido el auge teórico en la práctica. A todo esto, se une que las enfermeras noveles no integran en la asistencia las aportaciones formativas recientes (Santos, 2014). Esta situación repercute negativamente en el desarrollo de la Enfermería, manteniendo la separación crónica entre la teoría y la práctica; la realidad frente al ideal.

Por otro lado, desde el perfil gestor, la complejidad del nivel de avance que rodea a la Enfermería debe entenderse desde el contexto de la mercantilización y biomedicalización de los servicios de salud (Michalewicz et al., 2014); el rol de las enfermeras en los sistemas de salud está dominado por la idea de que pueden ejercer en cualquier ámbito y a cualquier nivel competencial.

Como resultado de estas anomalías disciplinares han surgido modelos que intentan paliar el devenir de la práctica asistencial. Carpenito desarrolló un marco conceptual basado en los dilemas resultantes de etiquetar como Diagnóstico enfermero (DE) aquellas situaciones en las que interceden los profesionales enfermeros; así como su limitada efectividad en el campo práctico (Castro Naval, 2017). El modelo de Carpenito ha sectorializado la práctica enfermera en tres dimensiones:

- La *dimensión dependiente*, incluye los problemas que son responsabilidad directa del médico; el término utilizado para describirlos es problema clínico-médico. En estos casos, la responsabilidad de las enfermeras consiste en administrar el tratamiento prescrito por el médico; representa intervenciones que la enfermera no puede prescribir legalmente.

- La *dimensión interdependiente*, refiere a los problemas o situaciones clínicas en cuya prescripción y tratamiento participan las enfermeras y otros profesionales de la salud, normalmente médicos; se describen como problemas clínicos de la Enfermería.
- La *dimensión independiente*, incluye situaciones clínicas o problemas cuya responsabilidad incumbe de forma directa a la enfermera y le permite seleccionar las acciones que debe seguir para prevenir, reducir o aliviar un problema; estas intervenciones pueden ser legalmente ordenadas de forma independiente por la enfermera (Wallace & Ivey, 1989).

Esta parcelación es la máxima exponente de una perspectiva bifocal, que establece la segmentación de las competencias profesionales; pone de manifiesto el actual estado de construcción disciplinar, en el que las tareas delegadas son, eufemísticamente, denominadas actividades interdependientes, con una notable imprecisión para definir las propias. Los principales problemas epistemológicos a los que se enfrenta actualmente la Enfermería son: la ausencia de una definición e identificación de su objeto de estudio, la carencia de una Teoría que oriente la práctica y la falta de un lenguaje propio común (Hernández-Conesa et al., 2003).

Ampliar las posibilidades competenciales de las enfermeras posibilita su ejercicio más allá de la extensión de sus conocimientos; aunque favorece la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, al dar respuestas a las necesidades de la población con resultados en su salud, suscitan indeterminismos en el locus del conocimiento.

Esta situación genera inadecuación teórico-práctica, originando algunas discrepancias entre sus actores, lo que repercute en la estabilidad de la disciplina, con períodos caracterizados por crisis de identidad. El gran peligro en el que puede caer la disciplina enfermera en esos momentos está en acomodarse al modelo biomédico, fomentando la visión fragmentada del individuo (Capra, 1987), en detrimento de una perspectiva holística.

Santos (2014) identificó como elementos limitantes del progreso de la disciplina enfermera el pragmatismo y a la ausencia de autocrítica personal, centrados en no tener la necesidad de basar la práctica profesional en conocimiento propio, unido a la falta de reconocimiento en el uso de modelos enfermeros.

Este indeterminismo profesional conduce a que los ciudadanos no sean capaces de aclararse en relación a las funciones que desempeñan las enfermeras; incapaces de concretar su oferta de servicios, o al menos, no saber comunicarla de manera efectiva (Amezcuá, 2014). Según Francisco del Rey (2008) *“actualmente la actividad profesional de la enfermera es fundamentalmente instrumental, está orientada a la solución de los problemas de la clínica desde una perspectiva más técnica que conceptual y centrada más en las demandas de la población que en la oferta de servicios nuevos. Así, se vienen aplicando principios generales a situaciones particulares en forma de protocolos de actuación que se utilizan ante una misma categoría de problemas. En esta manera de actuar, la principal función de la enfermera es aplicar las reglas generales a situaciones específicas, mientras que los modelos de cuidados que permitirían analizar las situaciones con una perspectiva general para individualizar cada situación concreta por la singularidad que hace única a cada persona y su caso, frecuentemente se quedan casi exclusivamente en un discurso teórico”*.

En términos generales, en los distintos ámbitos de la sociedad existe un desconocimiento de los servicios que, potencialmente, podrían ser ofertados por las enfermeras. Es necesario hacer visible esta aportación para que la profesión sea reconocida, lo que repercutirá en mayores niveles de autonomía profesional (Mariscal, Barquero y Carrasco, 1995; en Francisco del Rey, 2008).

Con la finalidad de ampliar cada vez más la actuación de los profesionales de la Enfermería, eliminando sus limitaciones, el camino para el desarrollo asistencial debe estar ligado a la innovación tecnológica de modelos alternativos a las ideas tradicionales; dispuestos a reemplazar, en términos de Kuhn, los paradigmas que se tornan obsoletos (González & Fernández, 2010), dando paso a una revolución científica con nuevos planteamientos; unificados y fundamentados firmemente en la realidad y en la evidencia científica (Zabalegui, 2003).

La identificación de nuevas líneas de pensamiento puede romper con esta situación, favoreciendo el consenso para adoptar un modelo filosófico que ahonde

en el ámbito asistencial, fomentando la comunicación con el entorno más académico. Los factores determinantes para esta contribución muestran distinta índole, con características tanto intrínsecas como extrínsecas al propio modelo. La multidimensionalidad de los factores de desarrollo es una característica esencial, con aportaciones desde el plano objetivo, subjetivo y contextual (Santos, 2014); cuyo resultado debe, necesariamente, conducir a un cambio en la forma de articular el pragmatismo, dotándolo de contenido filosófico, mediante la consolidación de nuevos modelos específicos e integrados para el cuidado.

En palabras de Mariscal (2012), cuando se producen estos períodos de cambio, la decisión de rechazar un paradigma conlleva la decisión de aceptar otro, sabiendo que durante el período de transición habrá un solapamiento. En estas situaciones, se necesita confianza y seguridad para avanzar hacia lo nuevo, aunque cueste desaprender lo aprendido; la incertidumbre y la certeza no pueden convivir, hay que creer para crear.

Desde esta perspectiva, las nuevas ideas, con nuevas líneas de pensamiento, exigen la participación activa de las enfermeras en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, asegurando la continuidad del cuidado (Zabalegui, 2003). Sin duda alguna, esta nueva forma de acción debe surgir desde el conocimiento científico evidenciado, desde la imbricación consciente, consistente y documentada fruto de investigaciones centradas en la propia disciplina.

## **2. El paradigma de la ciencia enfermera en el cuidado de la salud**

En la actualidad, la atención a la enfermedad sigue siendo una preocupación central para los responsables políticos y gestores de los sistemas sanitarios, la visión dominante de la población enfatiza una concepción tradicional de la medicina; la curación es el elemento prioritario y el médico el artífice primordial de la resolución de los problemas de salud y la curación de enfermedades.

La práctica clínica autónoma e independiente de la Enfermería está inmersa en una compleja red de limitaciones y restricciones que han impedido el máximo desarrollo científico y profesional de la disciplina. Ha existido una confusión o inexactitud generalizada sobre el papel propio y específico de las enfermeras que



ha contaminando, con factores externos, nuestra autonomía o haciendo que sea percibida de forma amenazadora (Mariscal, 2012).

La autonomía profesional de la Enfermería exige la puesta en práctica de conceptualizaciones novedosas. En la última década del siglo XX, Antonovsky (1996) definió la salutogénesis como “*el proceso del movimiento que va hacia el extremo de la salud en un continuo de bienestar-enfermedad*”. Esta nueva concepción de “salud positiva”, es una forma de acentuar las acciones promotoras en salud, poniendo el interés en la persona y focalizando la mirada hacia el mayor control de éstos sobre su salud y su proceso de mejora; en contraposición a los modelos tradicionales (Juvinyà-Canal, 2013), que mantienen una concepción paternalista y predominante de la salud deteriorada, cuyos esfuerzos se centran en la curación por parte de los profesionales y los sistemas de salud (Martín Mariscal, 2018). La salutogénesis refuerza la capacidad personal y de los grupos para mantener la salud y el bienestar a través de la potenciación de los activos en salud (Morgan & Hernán, 2013), con un modelo de promoción de la salud que favorece el control de los determinantes saludables en sintonía con las propuestas realizadas en la carta de Ottawa (Lindström & Eriksson, 2009).

La teoría salutogénica se materializa a través de dos conceptos centrales (Lindström & Eriksson, 2009):

- En primer lugar, los *Recursos Generales de Resistencia*; es decir, factores, mecanismos, instrumentos y habilidades de las personas, tanto internos como externos, de naturaleza biológica, psicológica, emocional o social que hacen que las personas perciban la vida de forma coherente, estructurada y comprensible (Juvinyà-Canal, 2013).
- En segundo lugar, el *Sentido de la Coherencia* (SOC), conformado por tres dimensiones: la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad (Juvinyà-Canal, 2013) en mutua interacción e interrelacionado con los aspectos cognitivos, instrumentales o conductuales y motivacionales (Martín Mariscal, 2018) de las personas.

Según Erikson y Lindström (2006) un SOC adecuado capacita a las personas para gestionar la tensión y reflexionar sobre sus recursos internos y externos; identificando aquéllos a través de los cuales encuentran las soluciones que les permiten conseguir un afrontamiento exitoso y saludable para utilizarlos y reutilizarlos en el proceso promotor de la salud (Camacho, 2014; Juvinyà-Canal, 2013; Martín Mariscal, 2018).

Este novedoso concepto de salud es una realidad mundial que cuenta con indicadores determinantes de la calidad de vida e instrumentos para su medida (Martín Mariscal, 2018); constituye un estrategia de abordaje en materia de salud para unas sociedades cada vez más complejas (Juvinyà-Canal et al., 2018), situando a las enfermeras en una posición privilegiada para objetivar el potencial de capacidades de su esfera autónoma, mediante resultados evidenciados por la investigación y la metodología científica.

### **2.1. Paradigmas y metaparadigmas en Enfermería**

Un paradigma constituye, según Kuhn (2006), el conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico de tiempo. Este devenir paradigmático en el que se desarrolla estructural y funcionalmente cualquier disciplina exige, por un lado, la contextualización sociocultural necesaria para la intersubjetividad semántica de los elementos conceptuales implicados; por otro lado, una aprehensión cognoscitiva y abstracta de los elementos explicativos de los fenómenos que la componen (Hernández-Conesa et al., 2003).

Desde esta perspectiva, un paradigma científico es un principio rector del conocimiento y de la existencia humana a partir del cual se establecen distinciones, relaciones, oposiciones fundamentales entre algunas nociones matrices que generan y controlan el pensamiento, que componen las teorías y los discursos de los miembros de una comunidad científica determinada (Martínez-Miguélez, 2009). El elemento básico que orienta el desarrollo de un paradigma lo constituyen sus fenómenos de interés; en palabras de Kérouac y colaboradores (1996), un fenómeno es la *“representación de una realidad (situación, proceso o grupo de acontecimientos) percibidos o sentidos de manera consciente y bajo varias facetas”*. El elemento característico de los diferentes paradigmas es la intraducibilidad y la

incomunicabilidad, así como las dificultades de comprensión entre dos personas ubicadas en paradigmas distintos (Martínez-Miguélez, 2009). Aseverando los postulados realizados por Khun en 1975 (Newman, Sime y Corcoran-Perry, 1991; Newman, 1992; en Kérouac et al., 1996), diversos paradigmas suelen coexistir en mismos momentos históricos; aunque en raras ocasiones lo hacen pacíficamente, favoreciendo nuevos niveles de desarrollo teórico y por tanto la evolución disciplinar (Santos, 2014).

Los cambios paradigmáticos se suceden de forma lógica a medida que avanza el conocimiento específico de una ciencia. Este recambio surge de las debilidades dominantes en un momento determinado, traduciéndose en errores teóricos de un paradigma concreto. Pero estas debilidades no deben ser consideradas negativas; por el contrario, son el motor de cambio hacia un nuevo paradigma más satisfactorio que se ajuste a las nuevas corrientes teóricas, tornándose en fortalezas para el desarrollo disciplinar, donde las viejas ideas renuevan el conocimiento a modo de espiral positiva, atendiendo a nuevas líneas de pensamiento. En el caso de la Enfermería, los nuevos modelos han establecido un amplio catálogo teórico inmerso en las limitaciones contextuales del período histórico y las influencias de cada autoría (Santamaría & Jiménez, 2016); mostrando como limitación la ausencia de continuidad en la trascendencia o refutación de los modelos predecesores, a diferencia de como sucede en otras ramas de la ciencia (Losse, 2004; en Santamaría & Jiménez, 2016). Esta forma de desarrollo de la disciplina enfermera ha mostrado un patrón ecléctico donde los paradigmas no se han caracterizado por haber evolucionado a partir de un determinado patrón conceptual hegemónico, más bien han surgido de diversos sistemas, por lo que resulta complicado hablar de una secuencia paradigmática en su modelado (Santamaría & Jiménez, 2016).

Tradicionalmente, para entender de una manera lógica el proceso evolutivo de la conceptualización, se han clasificado según líneas o escuelas de pensamiento; lo que permite su agrupación en los distintos paradigmas científicos superiores imperantes en sucesivas épocas. Siguiendo a Kérouac (1996) se establecen tres grandes paradigmas: categorización, integración y transformación; que han

posibilitado la evaluación conceptual de las propuestas teóricas desde criterios de universalidad, generalidad y abstracción (Santamaría & Jiménez, 2016).

- El *Paradigma de la categorización*, asociado con Nightingale e imperante desde los años 1850 a 1950, corresponde a la corriente de pensamiento del Positivismo (Olivé Ferrer & Isla Pera, 2015). Entiende que los fenómenos de interés de la disciplina son divisibles; siendo necesaria su clasificación y segmentación en categorías, clases o grupos definidos y cuantificables. Los elementos aislables y las manifestaciones simplificables sugieren que cualquier cambio en un fenómeno es consecuencia de condiciones anteriores. De manera que se establecen relaciones lineales entre los fenómenos, donde el pensamiento profesional se orienta hacia la búsqueda de factores causales de la enfermedad. Este paradigma fue precursor de corrientes enfermeras centradas en la salud pública y la enfermedad; en estos supuestos, la enseñanza formal de las enfermeras estaba orientada hacia los conocimientos y el modelo científico médico (Kérouac et al., 1996).
- Posteriormente, el *Paradigma de la integración*, constituye un paso evolutivo. Reconoce los elementos y manifestaciones de un fenómeno e integra el contexto específico en el que se sitúan estos fenómenos. Está asociado a Henderson, a la corriente del Pospositivismo y a la Teoría Crítica; por lo que sitúa al ser humano como eje y centro del cuidado (Olivé Ferrer & Isla Pera, 2015). En este período, se desarrollaron concepciones diferentes a las del modelo biomédico, diversificando los marcos teóricos hacia otras disciplinas. En este nuevo contexto paradigmático, los conocimientos evolucionaron hacia el reconocimiento de una disciplina enfermera diferenciada de la médica, dando origen a los primeros modelos conceptuales de la Enfermería (Kérouac et al., 1996), con una marcada influencia de otras ramas de la ciencia.
- Por último, el *Paradigma de la transformación*, es el exponente de un nuevo cambio cualitativo en el desarrollo disciplinar. Se asocia, entre otras, con las teorías de Watson, Mishel o Boykin, conectando con la corriente de pensamiento del Constructivismo y la Teoría de la Complejidad (Olivé Ferrer & Isla Pera, 2015). No se produce solo una integración de perspectivas fenomenológicas, sino una modificación en la percepción de

los fenómenos de interés de la Enfermería; los fenómenos son únicos, dinámicos y complejos, imbricados en una unidad global en constante interacción recíproca y simultánea con el mundo que los envuelve, establece potenciales desequilibrios y los puede transformar (Kérrouac et al., 1996).

Como resultado de este proceso sintético y clasificatorio de las corrientes de pensamiento se han ido determinando, de una manera más o menos aceptada, los conceptos centrales de la disciplina; entendidos como los componentes más abstractos en la estructura jerárquica del conocimiento enfermero contemporáneo (Fawcett, 2000).

Las revisiones de los escritos de las grandes teóricas realizadas por Fawcett (1984) y Flaskerud y Halloran (1980) han mostrado la existencia de consenso para identificar que los cuatro conceptos centrales sean: persona, salud, entorno y cuidado<sup>1</sup>.

- *Persona*: hace referencia a los destinatarios de la atención de las enfermeras; pueden ser individuos, familias, comunidades u otros grupos (Fawcett, 2000), en sus dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual (Cabal & Guarnizo, 2011).
- *Entorno*: hace alusión a las variables externas (Cabal & Guarnizo, 2011) que constituyen el contexto físico o significativo de los sujetos, incluyendo el entorno disciplinar (Fawcett, 2000).
- *Salud*: corresponde al estado de bienestar y de calidad de vida percibida (Cabal & Guarnizo, 2011) por las personas a lo largo de todo el continuo que constituyen los extremos salud y enfermedad (Fawcett, 2000).
- *Cuidado*: refiere a las acciones realizadas por las enfermeras en nombre de o en conjunto con la persona, así como los objetivos o resultados de dichas acciones que, generalmente, son consideradas como un proceso sistemático

---

<sup>1</sup> Otros autores sustituyen el concepto central cuidado por Enfermería como concepto equivalente (Fawcett).

<sup>2</sup> Para mayor operatividad del informe de la investigación, los resultados prevalentes se presentan en el texto mediante Tablas. La totalidad de resultados será adjuntada como Anexo en los supuestos

de valoración, etiquetado, planificación, intervención y evaluación (Fawcett, 2000).

En relación al concepto central *cuidado*, se ha debatido su consideración como elemento metaparadigmático. Conway y Meleis han afirmado que el cuidado representa la razón de ser de la disciplina (Fawcett, 2000); constituyendo el elemento de la acción profesional de las enfermeras, definiendo qué hacen las enfermeras. Esta afirmación, constituye opiniones contrarias a su estimación como concepto central (Kérouac et al., 1996); creando una situación tautológica que lo convierte en inapropiado desde la perspectiva metaparadigmática (Fawcett, 2000).

Las interrelaciones de estos cuatro conceptos clarifican e identifican sendas proposiciones que esclarecen el fenómeno de interés de la disciplina, circunscribiendo el campo de estudio específico por el que se establece el metaparadigma enfermero (Kérouac et al., 1996).

- La primera proposición se enfoca hacia los conceptos *persona y salud*; afirma que la disciplina enfermera tiene que ver con los principios y las leyes que rigen el proceso de la vida, el bienestar y el funcionamiento óptimo de los seres humanos, enfermos o sanos.
- La segunda proposición enfatiza la interacción *persona y entorno*; afirma que la disciplina enfermera tiene que ver con el patrón de comportamiento humano en interacción con el medio ambiente, tanto en eventos normales como en situaciones críticas de la vida.
- La tercera proposición enfatiza la interacción *salud y cuidado*; declara que la disciplina enfermera tiene que ver con las acciones o procesos de la Enfermería mediante los que se efectúan cambios positivos en el estado de salud.
- La cuarta proposición enlaza *persona, entorno y salud*; afirma que la disciplina enfermera tiene que ver con la integridad o la salud de los seres humanos, reconociendo que están en continua interacción con sus entornos (Fawcett, 2000).

En relación a la competencia diagnóstica enfermera, si se atiende a criterios de exclusividad conceptual o genuinidad disciplinar, se descubre que otras ciencias también hacen uso, en cierta medida, de los mismos conceptos. Su razonamiento aislado no identifica por sí mismo el metaparadigma enfermero; no refiere a elementos centrales genuinos ni específicos de la Enfermería. Así por ejemplo, *salud* es un concepto compartido con otras disciplinas de la salud, tales como Medicina (salud biológica o fisiológica) o Psicología (salud mental); *persona* también es objeto de estudio en ciencias sociales, como puede ser la Antropología; *entorno* es igualmente objeto central para ramas de la ciencias tales como Sociología o Biología. En relación a *cuidado*, tampoco parece estar claro que sea un elemento metaparadigmático exclusivo de la Enfermería; puesto que otras profesiones incorporan el cuidado en su quehacer diario desde sus respectivas perspectivas disciplinares. Se puede afirmar que la interrelación de estos cuatro elementos es la que, precisamente, identifica el metaparadigma enfermero. Así, la complejidad que deriva de esta conceptualización hace difícil su asimilación e integración por parte de las enfermeras, principalmente entre los que se distancian de los preceptos académicos.

## 2.2. El individuo como centro de atención en el proceso asistencial

La búsqueda de una definición para el concepto *salud* ha sido, durante mucho tiempo, una constante llena de complejidad y polivalencia determinadamente influida por las corrientes de pensamiento dominantes en cada época. Entre 1950 y 1975 estuvieron marcadas por una orientación hacia la persona en desarrollo y sus necesidades como sistema operativo global e interactivo. A partir de 1975, han estado marcadas por la desaparición de fronteras, la permeabilidad entre culturas, el mestizaje étnico y la intensificación y globalización de las comunicaciones (Mariscal, 2006).

Los avances científicos en las sociedades modernas, desde finales del siglo XX, han favorecido el progreso hacia una práctica sanitaria por la que se ha generalizado la tecnificación del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. En este contexto, se ha priorizado su abordaje desde una perspectiva biomédica y organicista (Martínez de Castro, 2013); empleando complicados procedimientos tecnológicos que han representado un salto cualitativo en la supervivencia frente a

enfermedades antaño mortales. Pero se ha dejado de lado, en muchas ocasiones, una aproximación holística al cuidado de la salud que, además de combatir la enfermedad, persiga promover el bienestar de las personas.

Otros escenarios en los que la prevalencia de enfermedades crónicas, sin curación, donde el objetivo del tratamiento sea atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, conlleva que las medidas clásicas para medir los resultados no sean suficientes para evaluar la calidad ofrecida por los servicios de salud (Schwartzmann, 2003). A todo esto se debe añadir que los profesionales de la salud han sido formados para trabajar inmersos en paradigmas anticuados, que no abordan las enfermedades emergentes, la trayectoria de la enfermedad y las necesidades poblacionales (Meleis, 2016).

Actualmente, se está produciendo entre los profesionales un retorno a una atención sanitaria más humanizada, con una conceptualización centrada en las personas que sufren un proceso de pérdida de bienestar. Aquí, es preciso analizar el significado del término “atención” en el contexto del proceso enfermero (PE). Conceptualmente, “atención” es equiparada al concepto “cuidado”; ambos términos se emplean como sinónimos. En este sentido, Michalewicz y colaboradores (2014) han expuesto que la traducción al español del vocablo inglés “care” como “atención” y no como “cuidado” impone una reducción semántica, ya que el término inglés es mucho más rico que ambas alternativas en castellano, donde se pierden acepciones vinculadas a un proceso que implica interesarse, dar importancia, ocuparse o preocuparse por algo o alguien. Desde esta perspectiva, los problemas de salud se conciben desde una complejidad cualitativa, denotándose que el cuidado va más allá de la mera atención, lo que implica un equilibrio entre la vinculación terapéutica y la integralidad de las prácticas en salud. De este modo, el cuidado permite orientar la atención y centrarla en las personas.

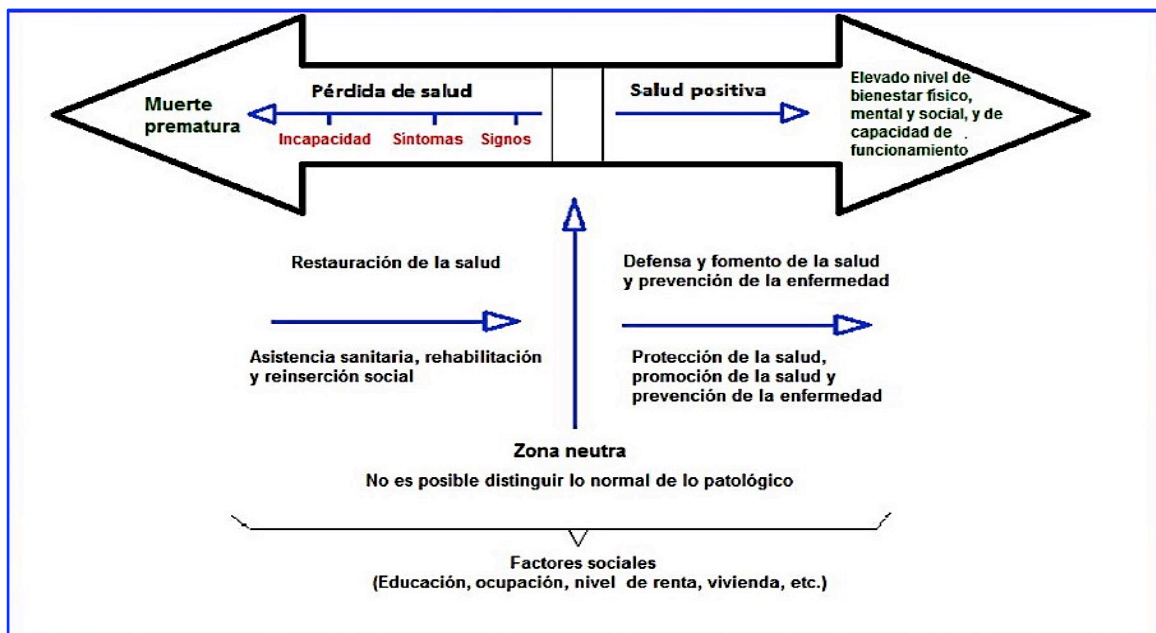
Esta conceptualización del cuidado está muy relacionada con la manera en la que se gestionan y organizan los servicios de salud, influyendo en la capacidad de las enfermeras para desarrollar rigurosamente sus competencias.

Actualmente, se ha generalizado la idea de que lo que determina estar sano no es solo la ausencia de enfermedad. La conceptualización enfermera de la salud se relaciona en mayor medida con el bienestar percibido (Mariscal, 2006). La salud y



la enfermedad se suelen representar como dos extremos opuestos de una continuidad unidimensional, lo que puede dar origen a muchas equivocaciones. En realidad es un fenómeno multidimensional de adaptación y desadaptación contextualizado, que engloba aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales y que ocurre de forma bidireccional, constante y recíprocamente dependiente, con resultados positivos o negativos en la calidad y tiempo de vida de las personas (Piédrola Gil, 2016), tal como se describe en la Figura 3.

**Figura 3. Continuo operativo Salud-Enfermedad**



*Fuente:* Medicina Preventiva y Salud Pública, Piédrola Gil (2016)

Las múltiples dimensiones de la salud suelen influirse mutuamente, entendiendo que existe salud cuando el individuo experimenta una sensación de bienestar como resultado del equilibrio dinámico entre los distintos aspectos del organismo, así como las interacciones con su entorno natural y social. De esta manera, el concepto de salud, estar sano o enfermo, varía entre culturas (Capra, 1987).

Esta situación de equilibrio inestable debe mantenerse a lo largo de toda la vida mediante un proceso interactivo de adaptación constante que se ve condicionado por factores sociales, económicos, ecológicos y culturales que marcan el continuo salud-enfermedad (Mariscal, 2006).

Según Capra (1985), la práctica médica en las distintas culturas ha oscilado entre un enfoque holístico y otro reduccionista, probablemente en respuesta a las fluctuaciones generales de los sistemas de valores. En el contexto occidental, continúa Capra, la asistencia sanitaria está desarrollada por gran número de personas y organizaciones, entre ellas médicos, enfermeras, psicoterapeutas, psiquiatras, asistentes sociales, entre otros; abordan a las personas de diversas maneras, con gran cantidad de métodos que se basan en distintas conceptualizaciones de la salud y la enfermedad. Es de suma importancia que todos estos grupos profesionales puedan comunicarse y coordinar sus esfuerzos (Capra, 1987). En este orden, según Mariscal (2006), esta circunstancia totalizadora constituye una concepción de la salud que va incluso más allá del holismo, trascendiendo la integralidad y acercándose a una conceptualización pandimensional de la salud. Entendida como un dominio carente de atributos espaciales y temporales, sin límites, como la mejor forma de expresar un todo unitario.

Desde esta perspectiva holística, según Gordon (1996), se recomienda que las enfermeras no se separen del léxico médico ante un paciente que manifiesta una enfermedad. Por el contrario, las enfermeras utilizan y adoptan algunas de estas etiquetas y conceptos con la intencionalidad de mejorar esta comunicación.

Con todo lo expuesto, la principal razón para el desarrollo de un DE, continúa Gordon, se debe a que las clasificaciones médicas no incorporan en su terminología la totalidad de condiciones que las enfermeras diagnostican y tratan. Desde esta perspectiva, prosigue Gordon, no debe esperarse que una clasificación de enfermedades o de trastornos mentales incluya situaciones que incumbe tratar a las enfermeras. Siguiendo esta línea argumental, una clasificación enfermera tampoco debería incluir patologías físicas ni trastornos mentales. Por todo ello, culmina Gordon, emplear un DE no es incompatible con una aproximación holística a través de la utilización de conceptos clasificados en terminologías de otras disciplinas.

Esta aproximación holística es una elección filosófica; la forma en la que se utiliza el diagnóstico, concibe el carácter holístico del cuidado.

### 2.3. El autocuidado como metaparadigma

El *autocuidado* contempla una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. Constituye una respuesta a un factor estresante para el individuo y su familia (Collado, 2014) a través del cual se adquieren, incorporan e integran las capacidades, competencias, habilidades y destrezas para las prácticas cotidianas, con el objetivo de mantener un estilo de vida saludable. En situaciones de enfermedad, permite incorporar un nuevo repertorio de competencias que facultan a los individuos para la recuperación de la autonomía (Collado, 2014; Mariscal, 2006), entendiéndose que las personas son agentes responsables de su salud. Así, cada individuo incorpora normas para evaluar su propio estado de salud, apreciando sus percepciones y capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana (Mariscal, 2006). Todo ello implica aspectos relacionados con la educación para la salud (EPS), elemento característico y distintivo del ámbito competencial de las enfermeras. La labor distintiva de estos profesionales consiste, por tanto, en favorecer los procesos de autocuidado.

La consideración del autocuidado como concepto metaparadigmático puede ser comprendida desde la afirmación expuesta por Santamaría y Jiménez (2016). Citando a Collière, estos autores han considerado los cuidados como actos individuales de uno mismo y para sí mismo, desde el momento en que la persona adquiere la autonomía precisa para ello; un acto recíproco con el que toda persona, temporal o definitivamente, precisa ayuda para asumir sus cuidados. Estos cuidados están íntimamente ligados a la disciplina enfermera. Parece lógico pensar que la Historia de la Enfermería es la historia de los cuidados (Matesanz Santiago, 2009), convirtiéndose en axiomas disciplinares.

Se debe distinguir entre cuidados exclusivamente enfermeros, cuidados realizados por otros profesionales, e incluso cuidados no profesionales o informales (García-Abad, 2012). No obstante, en la actualidad se hace un uso polisémico del término cuidado; se emplea tanto para realizar pruebas diagnósticas como para aplicar tratamientos, o para atender tanto a un recién nacido como a un moribundo. Se usa como sinónimo de asistencia o atención, lo cual requiere una aclaración, ya que no es lo mismo hacer una técnica con cuidado que brindar cuidados enfermeros a las personas (Germán Bes et al., 2011). En este orden, para favorecer su

contextualización es importante establecer una adecuada conceptualización de los cuidados enfermeros.

Brito (2017) ha adoptado, a partir del concepto anglosajón “*nursology*” (Fawcett et al., 2015; Paterson, 1971), el neologismo *cuidadología*; definido como “*la ciencia que estudia el cuidado de la salud desde una perspectiva integral, biopsicosocial, tanto a nivel individual, como familiar y comunitario, teniendo en cuenta todos y cada uno de los factores que inciden en la salud de las personas, históricos, sociológicos, antropológicos, psicológicos y humanos*”. Por lo que el cuidado enfermero exige, para su circunscripción disciplinar, la combinación de experticia, conocimientos y habilidades.

La Enfermería se ha autoidentificado como una profesión humanista que se adhiere a una filosofía básica, centrada en el ser humano y su interacción con el entorno; donde la persona elige, se autodetermina y es un ser activo. Debe estar centrada, esencialmente, en el beneficio de la persona; de manera que el objetivo del cuidado sea promover un proceso de aprendizaje que permita al individuo ser activo en su rehabilitación o promoción de su propia salud, promoviendo cambios en sus hábitos o transformando las condiciones ambientales que le rodean (Zabalegui, 2003).

En contraposición, la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, 2003b) es paradójica desde su concepción. La autonomía no es aplicada en la totalidad de su acepción al tildar a los individuos como pacientes. En su definición, los considera como una “*persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud*”. Esta autonomía queda, en el marco jurídico de la Ley, reducida a la más mínima consideración, relegando su contenido a una mera carta de derechos y obligaciones que se centra en aspectos burocráticos sobre información y documentación clínica. En ningún momento se hace mención a la capacidad personal para la autonomía del individuo desde la perspectiva de la capacitación para su autocuidado.

Se tendrá que dejar de mirar a las personas como clientes o pacientes, para comenzar a abordarlos como aliados. Para ello, se debe reconocer, de una manera

efectiva, el potencial de la familia para cuidar de su propia salud, sus legítimos derechos y aspiraciones a cuidar de los suyos. Instaurar relaciones de cooperación basadas en la confianza y la seguridad, reforzando los cuidados de proximidad y garantizando la transferencia de conocimientos.

En el seno de los sistemas nacionales de salud, es primordial favorecer un verdadero y completo acceso de la población a las enfermeras. Para ello, deberán desarrollarse novedosos programas multidisciplinarios que incorporen procesos directamente relacionados con la EPS y el empoderamiento, a través del cual las personas logren mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud; pasando de ser meros receptores pasivos de la atención sanitaria a agentes activos de su propio cuidado (Nuño-Solinis et al., 2013). Estos individuos deberán contar con conocimientos, actitudes y habilidades que los capaciten para estas nuevas necesidades, que han de mantener por un largo período de tiempo y a veces durante toda la vida (Camacho, 2014; Mariscal, 2006). Esto no es fácil, supone posicionarse críticamente ante las corrientes dominantes, que priorizan el progreso hacia los entornos más avanzados científica y tecnológicamente (Amezcuca, 2014), que se tornan inaccesibles e incomprensibles para la generalidad de la población.

Según describe Mariscal (2006), el autocuidado debe entenderse desde una doble vertiente: *como proceso y como resultado*. Como proceso estará ligado a la persona como parte esencial de su vida, de su salud y de su bienestar; incluye la toma de conciencia sobre la necesidad de satisfacer un cuidado específico, el conocimiento o experiencia sobre el mismo y un plan de acción para llevarlo a cabo, de manera individual y autónoma o con apoyo de un profesional sanitario.

En cuanto a la dimensión del autocuidado como resultado, incorpora un indicador que permite conocer la capacidad de la persona para manejar su situación y, al mismo tiempo, orientar las acciones de apoyo que deberán potenciar esa capacidad, para contribuir a la mejora del estado de salud (Camacho, 2014).

## 2.4. La interrelación desde la perspectiva del paradigma transdisciplinar

El nivel de desarrollo físico, funcional, cognitivo y relacional alcanzado por la especie humana ha sido exponencial. Las situaciones cotidianas a las que se enfrentan las sociedades humanas contemporáneas están muy alejadas de la simplicidad como manera de entender la vida (Morin, 2004); la mayoría de estas realidades están interconectadas e interrelacionadas. Desde esta perspectiva, los principales problemas contemporáneos, tales como: cáncer, crimen, contaminación, energía nuclear, inflación y agotamiento de los recursos naturales se enmarcan en un contexto de complejidad que requiere establecer una nueva visión de la realidad, que permita a las fuerzas transformadoras de nuestro mundo fluir unidas, con un movimiento positivo hacia el cambio social (Capra, 1987).

El mundo que vivimos se caracteriza por amplias y globales interconexiones a través de la que los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales son recíprocamente interdependientes. Para describir adecuadamente este mundo, se necesita una perspectiva amplia, holista, sistémica y ecológica que no puede ser ofrecida desde otras concepciones reduccionistas, ni desde la acción de las distintas disciplinas aisladamente; sobre todo cuando atañe a términos, conceptos y lenguajes calcificados en el tiempo y el espacio, útiles para representar realidades anteriores. Necesitamos una nueva visión de la realidad, un nuevo "paradigma" que constate una transformación fundamental de nuestro modo de pensar, de percibir y de valorar. Cualquier área que cultivemos deberá tener en cuenta y ser respaldada por otro paradigma que lo integre, de acuerdo con la función que desempeña en el todo (Martínez-Miguélez, 2009).

En el contexto universitario, en el que se efectúa la capacitación profesional, la creciente complejidad en el ámbito del conocimiento de las ciencias ha llevado a la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) a declarar de máxima relevancia las recomendaciones para la proyección futura de las universidades en el contexto epistemológico contemporáneo (UNESCO, 1998). En este sentido, se precisa que la preparación universitaria de los profesionales sea cualificada y competente a través de la

formación rigurosa, sistemática y crítica; incorporando el cambio hacia una formación integrada que ofrezca la posibilidad de mejorar la colaboración interprofesional en la atención al paciente (Reeves et al., 2013).

El ritmo acelerado de los cambios mundiales, unido a la pobreza generada por un pensamiento único y una lógica clásica, favorecen la desorientación mundial de la Universidad. Ante esta situación, argumenta la UNESCO, no se puede seguir parcelando el saber, siendo necesario adoptar un paradigma sistémico para la complejidad, rehaciendo, si es necesario, los planes de estudio a través del diálogo como método. En esta línea de reflexión, se enfatiza la necesidad de un abordaje que vaya más allá de las disciplinas particulares, lo que requiere una auténtica interrelación (Martínez-Miguélez, 2009). Las necesidades de la población son diversas debido a cuestiones relacionadas con la raza, el sexo, la religión y la etnicidad; las complejidades locales y globales del cuidado de la salud exigen asegurar que la formación profesional sea diversa, equitativa y colaborativa (Meleis, 2016).

En el ámbito de la salud, la praxis profesional varía en los diversos contextos asistenciales. No obstante, la efectividad de estos equipos mantiene como característica común la colaboración interprofesional, la comunicación y la asociación interdisciplinar; como precursores fundamentales de una buena práctica y del logro de objetivos organizacionales que mejoren la salud de las comunidades locales (Mills et al., 2010). Del mismo modo, la interrelación entre los problemas de salud de las personas y la responsabilidad para su resolución precisan que el trabajo de los distintos profesionales implicados esté conjuntado, incluyendo las percepciones de los individuos acerca de sus hábitos, planes y estado de salud; solo así se consigue la auténtica coordinación.

Gordon (1996) expuso que *“el proceso diagnóstico es, en esencia, un camino para determinar un problema de salud del cliente y para evaluar los factores etiológicos que están influyendo en ese problema”*. Desde esta perspectiva, en el ámbito de la Enfermería ha sido bastante frecuente el uso de conceptos vinculados al trabajo en equipo. Continuamente se hace alusión al *equipo multidisciplinar*, caracterizado por distinguir todas y cada una de las aportaciones propias y específicas de sus



integrantes al cuidado de las personas; destacado por un diálogo científico representado por la permanencia de cada disciplina dentro de su enfoque, métodos, categorías y especialidad. En la multidisciplinariedad no hay un compromiso que vaya más allá que exponer las propias perspectivas en la exposición de los conocimientos (Arias Alpizar, 2009) y en las relaciones entre los distintos profesionales implicados.

Por otra parte, el *equipo interdisciplinar* añade una variable categórica de implicación; no solo incluye la presencia de profesionales de distintos niveles o disciplinas, sino que adhiere las necesarias relaciones cooperativas entre sus miembros (Mariscal et al., 2014). La interdisciplinariedad aporta cierto grado de unidad, de relaciones y acciones recíprocas entre las diferentes disciplinas, buscando factores de unidad en el objeto, el método o el lenguaje. No obstante, mantiene establecidos los límites propios a cada profesión (Arias Alpizar, 2009).

En estos contextos multidisciplinarios e interdisciplinarios, es importante la reciprocidad mutua por la que se entiende el rol del otro (Mills et al., 2010). Es imperativo abordar las barreras que impiden formar equipos equitativos (Meleis, 2016), favorecedores de la necesaria colaboración efectiva para una atención eficaz y de alta calidad (Reeves et al., 2013). En este contexto, las enfermeras refuerzan la resolución de los problemas de salud y procesos vitales de los individuos (Herdman, 2010) con responsabilidad legal, incluidas las situaciones prescritas por médicos (Aiken, 2006). Esta situación responde al *Principio de autonomía/dependencia* de Edgar Morin (2010), por el que los mecanismos de auto-eco-organización constituyen una estrecha, inseparable y complementaria, pero antagónica vinculación, de equilibrio inestable entre la autonomía y dependencia de los individuos, contextualizada por el entorno en el que se desencadena.

La *práctica colaborativa* debe ser entendida desde el interés armónico, debatida de forma bidireccional en el plan de atención, con objetivos compartidos, discutidos y centrados en el paciente. Desde la concepción de los profesionales de la Enfermería, consiste en discutir el plan de atención a partir del intercambio de conocimientos entre los distintos profesionales, tomando decisiones y



responsabilidades conjuntamente. En contraste, los médicos conciben esta práctica colaborativa como un proceso de toma de decisiones unidireccional, en el que corresponde a las enfermeras un rol de ayuda a través de la ejecución de las intervenciones, otorgando menor importancia al proceso de colaboración interprofesional (Miró Bonet, 2016).

En el ámbito de las ciencias de la salud, principalmente entre médicos y enfermeras, la práctica colaborativa es una condición inextricable. Los problemas de salud son indisociables, manteniendo una difusa línea competencial. La evidencia muestra que la formación interprofesional conjunta (Reeves et al., 2013) puede constituir un elemento clave para la mejora de la calidad asistencial y los resultados positivos en el desarrollo de comportamientos colaborativos.

En determinados casos, estos elementos constituyen una falacia. Más que sinergias se aprecia un enmascaramiento en las relaciones, dominado por la tradicional jerarquía vertical que mantiene a las enfermeras en posiciones de inferioridad, al menos en lo que respecta a su reconocimiento social. Se mantiene un discurso de interdependencia que, en realidad, no es indicador de una reciprocidad equitativa. En este contexto, las enfermeras poseen mayores probabilidades de experimentar las consecuencias negativas de las malas relaciones laborales. Aunque por otro lado, son los profesionales mejor posicionados para identificar y abordar los problemas que afectan a la calidad de la prestación de servicios (Mills et al., 2010).

El enfoque sistémico que favorece estas sinergias interdisciplinares debe aportar una visión transnacional, transcultural, transpolítica y transreligiosa. En este sentido, la *Transdisciplinariedad* es la forma en la que diferentes disciplinas se interrelacionan entre sí con el objetivo de comprender el mundo actual, con el imperativo de unidad de un conocimiento global (Martínez-Miguélez, 2009). Desde esta perspectiva, se rebasan los límites de cualquier conocimiento especializado, instando una integración que supera el existente (Arias Alpizar, 2009).

La relación de interdependencia e intercambio de ideas genera y transforma el conocimiento para lograr eficiencia en un objetivo común; a su vez permite la construcción teórica y epistemológica de la práctica de cada disciplina (Moreno,

2009), lo que posibilita avanzar en el conocimiento desde una óptica no reduccionista, con un enfoque complementario en el que se integran críticamente las evidencias logradas desde cada una de las disciplinas (Arias Alpízar, 2009; Convento de Arrábida, 1994), con interdependencia e intercambio de ideas y conocimientos. Si la Transdisciplinariedad fuera asumida como una forma de intercambio de conocimientos, ideas y perspectivas que propician la confrontación y la interdependencia, podría ser entendida como una oportunidad de desarrollo, lo que conlleva la generación y transformación científica y profesional (Moreno, 2009).

Esta Transdisciplinariedad o Metadisciplinariedad pone énfasis en la confluencia de saberes, en su interacción e integración recíprocas, en su transformación y superación. Como condición previa, es necesaria una confluencia entre la cultura de la ciencia y la cultura literaria. La perspectiva de la complejidad pretende esclarecer situaciones interpuestas por medio de una “arquitectura semántica” que entrelaza los componentes epistemológicos, ontológicos y metodológicos. Así, los instrumentos de investigación propios de las ciencias naturales (Física, Química o Matemáticas) no son suficientemente exhaustivos para comprender la particular y alta complejidad de las ciencias humanas (Biología, Psicología o Sociología). La mayoría de los problemas no pueden resolverse desde el nivel en que vienen planteados, su naturaleza forma un “rizoma” complejo de múltiples interacciones.

El desarrollo de la ciencia no se efectúa por acumulación de conocimiento, sino por transformación de los principios que organizan este conocimiento. No obstante, existen fuertes y numerosos obstáculos que se oponen al enfoque transdisciplinario; entre ellos se sitúan los términos y conceptos generados para designar la disciplina y sus especificidades. En general, este desarrollo conceptual intradisciplinar puede ser susceptible de fomentar una actitud feudalista y un nacionalismo académico favorecedor de una conducta dirigida a mantener separaciones territoriales (Martínez-Miguélez, 2009). Así, mantener enfoques unidisciplinarios o monodisciplinarios, con una visión reduccionista, convierten todo lo nuevo, diferente y complejo en algo simple y corriente.

Según Meleis (2016), es necesario superar algunas barreras formativas que permitan desarrollar esta práctica transdisciplinar. En primer lugar, el diferencial de poder entre los estudiantes de las distintas titulaciones en ciencias de la salud, el personal docente y la propia Universidad. Una segunda barrera, está en el perpetuo mantenimiento de un estado de "profesión-centrismo", que resalta la identidad frente a la alteridad.

Para minimizar estas barreras, es preciso mejorar las competencias sobre los valores, la ética, los roles, las responsabilidades, la comunicación interprofesional y el trabajo en equipo. Se debe favorecer la capacitación laboral de una atención centrada en el paciente, mediante una práctica basada en la evidencia, reduciendo la duplicidad de esfuerzos y costes económicos, así como mejorando la efectividad de las intervenciones y la salud de las personas. De esta manera, se consigue promover el cambio hacia una formación interprofesional que fomenta los resultados en las personas, más que centrarse en el desarrollo de la propia profesión (Ketcherside et al., 2017), priorizando el potencial interdisciplinar (Lancaster et al., 2015).

Las enfermeras necesitan conocimiento interdisciplinario, razonamiento lógico y competencia clínica para ocuparse del cuidado integral de las personas. A diferencia de lo que ocurre con el diagnóstico médico, no parece que un DE pueda ser verificado con la mera comprobación de un conjunto preestablecido de hipótesis, puesto que no existe la misma dependencia de las leyes causales. Las dimensiones ontológicas que se evidencian en los respectivos juicios diagnósticos asociadas a la Medicina y a la Enfermería son diferentes. La normalidad biofuncional en la Medicina y la autonomía o independencia para el autocuidado en la Enfermería (Chiffi & Zanotti, 2014).

### **3. La proyección metodológica de la Enfermería**

El método científico permite identificar, definir y resolver problemas derivados de la actividad humana relacionados con una amplia concepción de la salud; para ello dispone y utiliza un conjunto de principios teóricos, reglas de conducta, operaciones mentales y acciones manuales. En este contexto, ha habido predilección por el uso del método hipotético-deductivo desde una ideología

tradicional de la ciencia, caracterizada por la hegemonía positivista. No obstante, la complejidad del objeto de estudio de la Enfermería, unido a la inadecuada definición de su naturaleza, pone de manifiesto que no es el único método al que precisamos recurrir para desvelar la totalidad del cuidado (Ramírez Elías, 2016).

Según la definición realizada por el Consejo Internacional de Enfermeras (acrónimo en inglés ICN: International Council of Nurses), la Enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos; e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Entre sus funciones esenciales se encuentra la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación (Coenen, 2003; Consejo Internacional de Enfermeras, 2002). De esta definición se desprende implícitamente una perspectiva bifocal en la que una amplia zona de gravitación periférica domina y determina la manera en que se desarrolla la Enfermería. Por ello, es preciso abandonar la excesiva incorporación de conceptos metaparadigmáticos procedentes de disciplinas cercanas por su afinidad en el objeto de estudio, pero ajenos a nuestra ciencia. La cercanía y difusión de conceptos centrales de otras disciplinas, presumiblemente, fomenta que la progresión del conocimiento enfermero no esté basada, en gran medida, en la propia disciplina.

Un contexto paradigmático en el que se produzca la unificación del interés por la salud favorecerá su atención integral e integrada, con unos servicios centrados en las personas. Esta atención integral puede ser entendida como un proceso de equilibrio homeostático entre la oferta e interrelación del acervo proporcionado por las distintas instituciones, por los diferentes servicios dentro de una misma institución y los profesionales que los integran, así como por su adecuación a la satisfacción de las necesidades y características de las demandas de la población (Morilla Herrera et al., 2005). Además, viabiliza la complementariedad entre los planteamientos más avanzados sobre promoción y cuidado de la salud, que

conduce a un marco definido por el autocuidado, el empoderamiento (Camacho, 2014) y la autoeficacia del paciente experto (Millaruelo, 2010); elementos clave para el crecimiento conceptual y exponencial de la Enfermería, posicionándose con argumentos propios en los sistemas de salud.

La coexistencia de perfiles profesionales heterogéneos, en el que confluyen distintas especialidades y enfermeras de prácticas avanzadas (EPA), unido a la incorporación de nuevas competencias en cuidados, hacen necesario definir la configuración de un marco de referencia para la provisión de cuidados y su articulación con el desarrollo profesional y el rol de las enfermeras dentro del sistema sanitario (Lafuente-Robles et al., 2019). Las EPA se ajustan a un perfil profesional que ha adquirido las habilidades para la práctica experta con un enfoque especializado, incorporando un nivel académico de postgrado que utiliza el conocimiento avanzado de la disciplina, la experiencia clínica y la investigación con el fin de obtener resultados de salud óptimos para la población (Sastre Fullana, 2016), así como capacidad para la toma de decisiones conjunta con profesionales de otras disciplinas y en el seno de las organizaciones sanitarias.

Por otro lado, el creciente uso del método científico ha estado relacionado con la necesidad de desarrollar y emplear vocabularios normalizados que contribuyan a facilitar la expresión y el registro de las observaciones, razonamientos y actuaciones de las enfermeras asistenciales, con la finalidad de articular los contenidos disciplinares específicos y organizar el conocimiento en la elaboración de planes de cuidados (Juvé, 2012). En este proceso de sistematización, los lenguajes enfermeros constituyen un conjunto de términos esenciales para capturar, representar, acceder y comunicar los datos de la práctica asistencial (Tastan et al., 2014); justificado por la necesidad de documentar adecuadamente los problemas de salud paradigmáticos, los resultados esperados y las intervenciones necesarias para su consecución.

Toda esta situación se ve favorecida por la juventud de un cuerpo de conocimientos propios y la falta de conceptos con arraigo metaparadigmático

específico, vinculado a un desarrollo teórico integrador de la parte más filosófica de la ciencia y la realidad de la acción instrumental en la práctica asistencial.

En España, el contexto sociopolítico en el que ha evolucionado la disciplina enfermera ha estado marcado por etapas peculiares que la diferencian de otros países del entorno (Zabalegui & Maciá, 2010). Estas etapas son decisivas para el desarrollo teórico y, por lo tanto, para el desarrollo filosófico de la práctica enfermera nacional. Desde una perspectiva docente ha repercutido en los fundamentos de la ciencia enfermera y el análisis de los modelos y teorías, así como en el uso del PE. El análisis de estas competencias deberá cuestionar seriamente la aplicación de una filosofía y metodología enfermera en aquellos ámbitos en los que estos profesionales desarrollan su actividad (Santos, 2014).

Como parte de esta controversia epistemológica, argumenta Santos (2014), se han podido observar algunos elementos que continúan acomplejando el conocimiento enfermero; entre ellos, la propia forma de categorizar la teoría enfermera. Existen, continúa Santos, tantas formas de clasificarla que provoca, en muchas ocasiones, bastante confusión sobre del tema, provocando cierto desorden en el ámbito del conocimiento, lo que ejemplifica la juventud de la disciplina.

### **3.1. La autonomía de la ciencia enfermera**

Tradicionalmente, las corrientes teóricas han intentado explicar los fenómenos del objeto de estudio de la Enfermería desde diferentes orientaciones, mediante adaptaciones de las Teorías Generales de otras disciplinas (Hernández-Conesa et al., 2003). Esta colonización intelectual y científica, ha mostrado un desarrollo conceptual ligado al de otras ramas de las ciencias de la salud. En este sentido, se debe reconocer la adhesión de la Enfermería a sistemas conceptuales con teorías y modelos importados, o la utilización de taxonomías sin el suficiente análisis crítico, según se ha visto reflejado en la práctica clínica, apoyado más en la propia práctica que en la exploración teórica; justificado por la acuciante necesidad de contar con un conocimiento propio que distinga nuestras acciones (Mariscal, 2012).

Hasta el momento, la Enfermería ha sido parcialmente autónoma. Una parte importante de su quehacer diario está repleto de situaciones paradójicas que

alejan a las enfermeras del cuidado a las personas; con actividades adjudicadas al rol enfermero de forma irrazonable, en el contexto de unas dinámicas de trabajo interpuestas por la Administración. Los estándares, las guías de práctica clínica y las formas de organización de algunas instituciones, en gran medida, alejan a las enfermeras de cuidar con autonomía (Durán de Villalobos, 2018). Las organizaciones deben establecer las condiciones para que estos profesionales abandonen posiciones de sumisión, desde las que no es posible desarrollar el potencial profesional, necesario para el cambio de paradigma en la prestación de servicios (De Pedro Gómez & Morales Asencio, 2004).

La concepción tradicional, estrechamente vinculada a la curación de enfermedades y satisfacción de prescripciones realizadas por los médicos, principalmente, se mantiene vigente en nuestro contexto y actualidad. Se mantiene una disonancia entre los fundamentos teóricos y la práctica clínica. En este orden, según Rodrigo Pedrosa (2017), el modelo español de cuidados permanece centrado en la enfermedad, lo que implica una doble dimensionalidad de la figura de la enfermera, centrada en la enfermedad y centrada en el cuidado. Esta situación comprende una doble barrera. Por un lado, carencias para conceptualizar un cuidado centrado en la enfermedad, que se relaciona con la incapacidad para aplicar la teoría y los modelos enfermeros en la práctica clínica. Por otro lado, la dificultad para asumir la toma de decisiones a partir de este cuidado centrado en la enfermedad, por no estar fundamentado en un cuerpo teórico de conocimiento enfermero.

Ha pasado mucho tiempo desde que Nightingale implementara los conceptos holísticos *persona, salud y medio ambiente* para validar las actuaciones enfermeras, en combinación con el uso de técnicas estadísticas. Este escenario anticipó el desarrollo universal de la disciplina, incorporando una base lingüística al metaparadigma enfermero (Arnove & Fitzsimons, 2015). En este sentido, el desarrollo de la ciencia exige la descripción de sus fenómenos de interés (Gordon & Sweeney, 1979). A todo ello, se une el registro de los datos derivados de la práctica enfermera, lo que permite almacenarlos y recuperarlos para apoyar la toma de decisiones, así como el desarrollo de conocimientos avanzados desde una

perspectiva única (Thoroddsen et al., 2010). La madurez profesional deberá acompañar el logro de mayores resultados (Rivera et al., 2013); aunque los pasos alcanzados constituyen un gran avance, todavía siguen siendo insuficientes.

El desarrollo teórico es fundamental. Por un lado, las metateorías definen las dimensiones de alcance de la Enfermería desde una perspectiva filosófica; por otro lado, las teorías de alcance medio conceptualizan los fenómenos y categorías del objeto de estudio en cada una de las dimensiones identificadas (Von Krogh, 2008). En palabras de Mariscal (2012), *“es evidente que atravesamos tiempos difíciles, pero cabe pensar que esta situación es un preludio y condición necesaria para el surgimiento de lo nuevo, es un buen momento para cambiar, alejarnos de modelos de comportamiento rígidos y acercarnos a la versatilidad y flexibilidad sin límites”*.

Existe paralelismo entre la autonomía para el autocuidado de los individuos y el progreso de la esfera autónoma de la Enfermería. El constructo *autonomía profesional* puede ser definido como la habilidad para desempeñar funciones independientes, sin supervisión cercana (Blanchfield & Biordi, 1996; en Hine-Sanabria, Mendoza-Monsalve, Rojas, & Roa-Díaz, 2018), en el marco del conocimiento que otorga la libertad para actuar (Kramer & Schmalenberg, 2003) y emitir juicios profesionales hacia la consecución de resultados en salud (Keenan, 1999). Así, la autonomía profesional es el resultado de la combinación de distintos elementos. La acreditación académica, las competencias personales y la experiencia profesional (Tapp et al., 2005) capacitan para el liderazgo, guiado por un proceso evolutivo que recorre el camino desde el profesional principiante al profesional competente avanzado, considerado experto.

### **3.2. Las competencias enfermeras**

Las competencias constituyen atribuciones o incumbencias ligadas a las tareas y funciones profesionales que engloban el conjunto de actuaciones y consecuciones exigidos a los expertos de un oficio determinado. En el ámbito de la Enfermería, desde una perspectiva normativa, la competencia profesional es *“la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y*



*actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean” (BOE, 2003a).*

Según Juvé (2007), el término competencia puede conceptualizarse desde dos acepciones básicas. La primera refiere a la suma de conocimientos, habilidades y actitudes de cada persona, que permiten a un individuo tomar las decisiones más apropiadas en cada caso, situación o contexto determinado. En segundo lugar, la competencia puede entenderse en el sentido del ámbito de responsabilidad de la práctica profesional; estableciendo delimitaciones al campo de actuación de un grupo de profesionales que lo diferencia de otros grupos. Constituye un marco de referencia común a todos los profesionales de una disciplina, con unos estándares o normas que guían esta práctica y permiten delimitar el área de responsabilidad, el compromiso y la garantía del servicio que cada profesión ofrece a la sociedad. De esta manera, se distinguen claramente dos grandes grupos de competencias: las competencias en la prestación del servicio y las competencias asociadas al desarrollo profesional.

Desde una perspectiva profesional, la competencia es entendida como la capacidad para desarrollar una función a partir de un repertorio de actividades. Para su desarrollo se precisa formación y perfeccionamiento. Estar en posesión de una competencia implica demostrar los conocimientos adquiridos en relación a determinadas habilidades y destrezas intelectuales o mecánicas; exige actitudes apropiadas, aptitudes observables y valores que den cuenta de la capacidad para desempeñar un servicio específico mediante la construcción de aprendizajes significativos y útiles (Gómez Beltrán, 2017). Estas competencias deben surgir desde un modelo universitario capaz de dar respuestas a las demandas y exigencias formativas en los términos anteriormente expuestos, siendo preciso desarrollar indicadores para evaluar el grado competencial adquirido.

La conceptualización de competencia profesional ha evolucionado en las últimas décadas. En los años 80, eran consideradas simples, factorialistas, entendidas como cualidades personales y cognitivas, predeterminantes del desempeño laboral eficiente. En la actualidad, su concepción es compleja, con un enfoque centrado en

el proceso de aprendizaje y en la capacidad del sujeto que aprende; en el que cada vez se valora más la autonomía funcional (Gómez Beltrán, 2017). Estos nuevos modelos de aprendizaje son conceptualizados como procesos dinámicos, que favorecen la inmediata adquisición de destrezas y habilidades, con la finalidad de formar profesionales competentes y diligentes; todo ello en un complejo entramado de interfertilización entre contextos locales y globales.

En el ámbito de la disciplina enfermera, la complejidad de los problemas de salud de las personas requieren abordaje interdisciplinar; esta situación otorga una perspectiva enriquecedora, extensa y diversa. Las competencias teóricas de los profesionales implicados se entremezclan con las exigencias laborales y profesionales. En un escenario de idoneidad transdisciplinar, la atención a la salud de las personas exige ajustarse a los límites competenciales teóricos y metaparadigmáticos, aunque vayan más allá de los establecidos por la propia práctica clínica (Mariscal, 2012). El adecuado ajuste de la práctica profesional distingue y desarrolla la esfera competencial autónoma, con la que se podrá alcanzar la plena autonomía del rol enfermero (Martínez de Castro, 2013).

### **3.2.1. La competencia diagnóstica**

Hasta ahora se ha realizado una aproximación definitoria de las cualidades de las enfermeras para adquirir las competencias profesionales; no obstante, la competencia diagnóstica nos remite a una cualificación clínica concreta que exige atributos específicos. Esta competencia debe facilitar a las enfermeras la capacidad para manejar situaciones ambiguas, así como tolerar la incertidumbre y la toma de decisiones ante situaciones en las que la información es limitada. Esto implica, por un lado, responsabilidad para mantener un aprendizaje permanente y, por otro lado, desarrollar una práctica reflexiva integradora de ese aprendizaje (Gómez Beltrán, 2017).

El constructo teórico implícito en el proceso diagnóstico aúna dos aspectos. Por un lado, un proceso analítico (lógico) que utiliza métodos inductivos y deductivos para referirse al pensamiento lógico, crítico o racional. Por otro lado, un proceso no analítico (intuitivo) que incluye la intuición y otros elementos para la inmediata

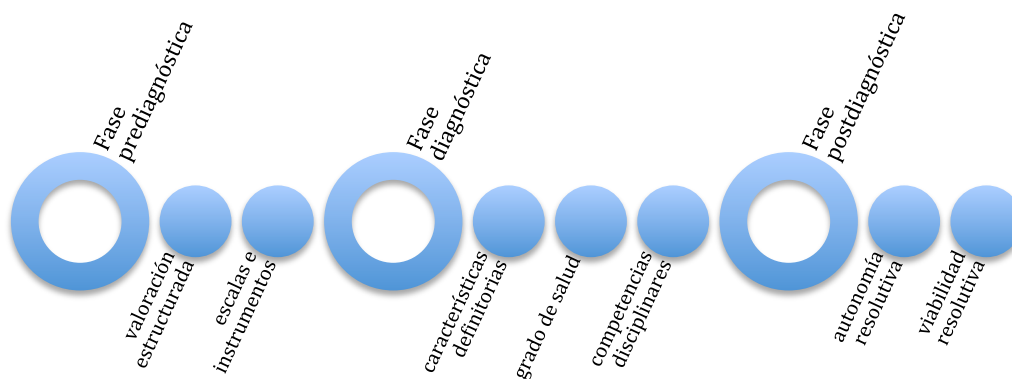
comprensión de la situación. Del mismo modo, el término DE atiende a dos distinciones semánticas; por un lado implica una etapa específica del PE. Por otro lado, refiere a la expresión y descripción del juicio clínico alcanzado. Estas separaciones operativas del diagnóstico, como proceso y como producto, son artificiosas desde la perspectiva de la praxis clínica (Gordon, 1996).

En la actualidad, los DE se han convertido en una parte aceptada y asumida en la práctica clínica (Gordon, 2000), pero sus implicaciones para la Enfermería deben ser estudiadas con mayor profundidad.

El concepto “*diagnóstico*” puede ser entendido como un proceso que conduce a un resultado o como un indicador de resultado del proceso adoptado. En este orden, muchas disciplinas incorporan en su metodología científica los juicios diagnósticos. En lo que respecta a las ciencias de la salud, las fortalezas y debilidades en los procedimientos diagnósticos pueden variar considerablemente de unas disciplinas a otras (Chiffi & Zanotti, 2014). Los DE describen respuestas humanas, físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales a una enfermedad, a un problema de salud o, simplemente a una situación relacionada con la salud. Por otra parte, los diagnósticos médicos refieren a problemas morbosos, esto es, respuestas fisiopatológicas específicas y bastante uniformes entre diversos pacientes (Diz Gómez, 2013).

Para la adecuación del juicio diagnóstico, es necesario establecer claramente las etapas implicadas durante el proceso, que se describen en la Figura 4.

**Figura 4. Proceso diagnóstico autónomo en el continuo salud enfermedad**



- La *fase prediagnóstica* incluye prolegómenos a través de los cuales se recaba la información objetivada sobre el estado de salud de las personas, con la ayuda de escalas de valoración e instrumentos validados y normalizados. Como se ha mencionado anteriormente, se concreta a través de una completa, adecuada y estructurada valoración que permita determinar el estado de salud de las personas, con la intencionalidad de conocer el grado de autonomía de los individuos a través de su capacidad para el autocuidado.
- La *fase diagnóstica* constituye el elemento central del juicio clínico razonado; definido por los indicadores de salud (signos y síntomas) o características definitorias (CD) observados en fase prediagnóstica; estas CD manifiestan e identifican el grado de salud identificado en los individuos.
- La *fase postdiagnóstica* sucede de forma inmediata a la emisión del juicio clínico y posterior planificación de los cuidados; es el momento fundamental para realizar el control sobre la incertidumbre del plan de cuidados. Debe cerciorarse la viabilidad resolutive del problema de salud, identificando si es posible solucionarlo de forma autónoma; de lo contrario, deberá ser replanteada la rigurosidad del proceso de identificación del problema, así como considerar su derivación a los profesionales con las competencias adecuadas.

La competencia diagnóstica ha influido espectacularmente en la evolución de la Enfermería de las últimas décadas; los DE está íntimamente ligados a su desarrollo. Este proceso diagnóstico no implica la simple utilización de etiquetas y codificación de conceptos; requiere adquirir y aplicar los conocimientos y habilidades (Gordon, 1996) que permitan concluir un problema de salud con metodología científica. Esta competencia diagnóstica de las enfermeras está influenciada por la experiencia clínica, el conocimiento teórico de los diagnósticos y la actitud hacia los mismos (Hasegawa et al., 2007). Su uso ocasiona disparidad de opiniones entre los profesionales, siendo necesario establecer un debate sobre sus valores, sus paradigmas, sus conceptos y sus objetivos en relación a los cuidados. Estas actitudes influyen en la usabilidad de las Etiquetas diagnósticas,

principalmente porque el 70% de los registros enfermeros se alinean con estos lenguajes controlados, suponiendo un 40% del tiempo de las enfermeras cuando se documentan en papel y un 9% cuando se hace con sistemas electrónicos (Carrington, 2008).

Los cuidados proporcionados por las enfermeras ofrecen calidad en la medida en la que están impregnados de inteligencia y apropiadamente razonados, según criterios y bases científicas sólidas. Para ello, es esencial una capacidad de razonamiento eficaz (Lunney, 2011). En este sentido, el conocimiento teórico de los DE debe estar combinado con habilidades cognitivas y hábitos intelectuales que permitan aplicar pensamiento crítico (Lunney, 2003b). Por otro lado, la competencia diagnóstica está influenciada por factores legislativos, entre los que se incluye la disponibilidad y explotación de una terminología diagnóstica única; pero también por factores clínicos, que exigen una interpretación exacta de las manifestaciones del paciente, así como una validación de los indicadores diagnósticos, haciendo uso de herramientas que minimicen la variabilidad interpretativa. La objetivación de estos DE, apoyada por el uso de herramientas de medición (Třiaková & Gurková, 2010) permite determinar la relevancia de cada etiqueta diagnóstica. No obstante, el principal reto que se debe resolver corresponde a su evidencia empírica (Fehring, 1987).

Se ha extendido la idea de que los DE se relacionan directamente con situaciones que se benefician de actuaciones enfermeras definidas (Torres Esperón & Pérez Sánchez, 2002). Tanto el DE como el diagnóstico médico tienen como finalidad mejorar la atención a las personas, la familia y la comunidad; la diferencia estriba en que el diagnóstico médico no siempre captura estas respuestas humanas de forma holística. En esta línea de pensamiento, los DE añaden un significado conceptual adicional; esto es, usando los mismos términos, pero con un enfoque diferente.

Atendiendo a la estructura y objetivos del juicio clínico enfermero, los diagnósticos formulados por enfermeras y los emitidos por otros profesionales de la salud pueden mostrar superposiciones. No obstante, existen notables diferencias en el

razonamiento abducido en el juicio clínico de unos y de otros. Las inferencias en las hipótesis erigidas en el contexto de cada profesional responden a diferentes fenómenos de interés. El diagnóstico médico se ocupa, a priori, de las alteraciones biológicas y funcionales; el diagnóstico psiquiátrico de las psicósomáticas y el diagnóstico social de los problemas socioeconómicos. Por el contrario, el DE requiere que todo ese conocimiento muestre una contextualización holística, involucrando los elementos del entorno inmediato de la persona. Esto se debe a que su enfoque se centra en la persona, en el logro de su bienestar y la autorrealización completa (Herdman, 2012); por lo que se requiere la participación activa de las personas para identificar y mejorar su capacidad de autocuidado (Chiffi & Zanotti, 2014).

Mejorar el interés de las enfermeras por el proceso diagnóstico debe acometerse desde la práctica basada en la evidencia, con contenidos diagnósticos fundamentados en una investigación rigurosa y de calidad; de lo contrario, estos profesionales no confiarán en los sistemas de clasificación, lo que relegaría su uso a un ejercicio meramente académico, impuesto por líderes alejados de la realidad asistencial.

### **3.2.2. La respuesta humana en el eje de la especificidad diagnóstica**

El propósito del diagnóstico médico es identificar una alteración biológica, ya sea orgánica o funcional, con la finalidad de proporcionar un tratamiento útil. El DE muestra un propósito dimensionalmente diferente, tiene como objetivo mejorar el cuidado de las personas (Chiffi & Zanotti, 2014). Los DE formulan respuestas humanas a cambios en la situación de salud de las personas, determinadas socioculturalmente (Román Cereto et al., 2005). Estas diferencias no estriban en el concepto en sí, sino en la orientación específica de las intervenciones e indicadores de resultado con los que cada disciplina efectúa una contribución particular para su resolución.

Según la American Nurses Association (ANA) (ANA, 1980; en Peña Tejeiro, 2014), las respuestas humanas son *“reacciones del individuo y grupos a problemas reales (respuestas de recuperación de salud), como el impacto de los efectos de la*

*enfermedad sobre sí mismo, la familia y las necesidades de autocuidado relacionadas.... Y aspectos de los individuos y grupos acerca de problemas potenciales (respuestas de apoyo a la salud), como la monitorización y la enseñanza a poblaciones o comunidades de riesgo en las cuales pueden surgir necesidades educativas de información, desarrollo de habilidades, actitudes saludables y comportamientos relacionados”.*

Para Gordon (1996) estas respuestas humanas corresponden a comportamientos observados o afirmaciones verbales que incluyen la forma en que una persona, familia o comunidad reacciona ante una situación, o el significado personal que se da a los acontecimientos. Estas respuestas pueden ser fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales; pero lo más frecuente es que sean combinaciones biopsicosociales-espirituales.

Según Carpenito (2005), las respuestas humanas son alteraciones del estado de salud o patrón de interacción, real o potencial, en un individuo o grupo; que la enfermera puede identificar para ordenar intervenciones con el fin de mantener el estado de salud, reducir, eliminar o prevenir las complicaciones (Carpenito 1987; en González-Mejorada, Romero-Quetchol, & Romero-Ojeda, 2013).

En ocasiones, las respuestas humanas son equiparadas a DE, como sinónimos de lo que las enfermeras británicas denominan *“problemas del paciente”* (Hogston, 1997); resultado de una interpretación lineal en la descripción del juicio clínico.

Estas definiciones conceptuales del constructo *respuesta humana* mantienen una ambigüedad en su naturaleza epistemológica. Desde el marco de la salutogénesis, es preciso recurrir a diferentes planteamientos para su clarificación; siendo preciso discernir entre situaciones de enfermedad aguda y de cronicidad, o la falta de recursos personales para la promoción y el cuidado de la salud, así como para el autocuidado y el desempeño del rol de paciente activo (Camacho, 2014); enfatizando la esfera autónoma, a través de la que se distingue la especificidad de la Enfermería.

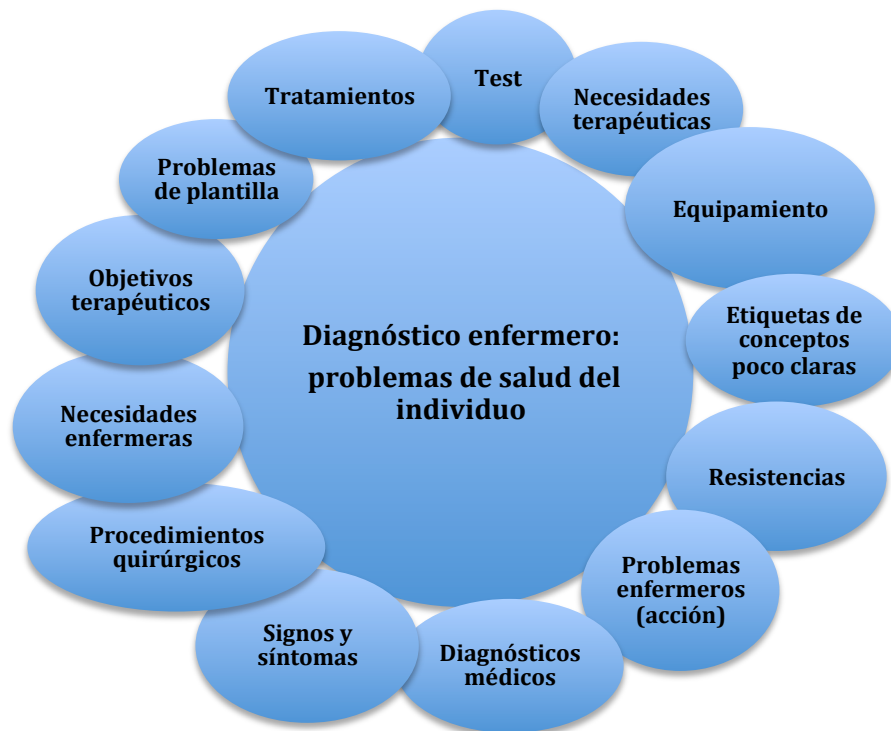
Comúnmente existe cierto grado de confusión entre determinados elementos clínicos vinculados al contexto asistencial de las enfermeras y determinados DE

(Gordon, 1996), que puede ser identificado en los diferentes sistemas clasificatorios y taxonomías diagnósticas. Aunque muchos de estos DE son aplicados por las enfermeras en su práctica clínica, no atienden a la naturaleza epistemológica de la respuesta humana entendida como DE. De esta manera, se mantienen fuera de los límites conceptuales de la disciplina enfermera (Figura 5):

- Los problemas del equipo en la relación a los pacientes; atienden a situaciones ubicadas en la normalidad de la relación terapéutica.
- Las necesidades terapéuticas, los tratamientos, las pruebas y los equipos, describen necesidades de cuidados y no representan problemas de salud de las personas.
- Los diagnósticos médicos y enfermedades o las complicaciones de una enfermedad, pueden ser identificados como resultado de la experiencia y habilidad de la enfermera, pero implican su derivación al médico.
- Los signos o síntomas y manifestaciones fisiopatológicas son monitorizados por la enfermera para llevar a cabo el tratamiento médico hasta que los pacientes puedan realizarlos por sí mismos. La responsabilidad de la enfermera consiste en prevenir, identificar y derivar los problemas al médico. Aunque en determinados contextos puedan existir protocolos de actuación elaborados, que le otorguen independencia para tal intervención.



**Figura 5: Conceptos y términos excluidos de la conceptualización como Diagnóstico enfermero**



Fuente: Adaptación del esquema de Gordon (1996)

Una vez aclaradas las situaciones que no pueden considerarse DE, la dificultad a la que se enfrentan las enfermeras está en determinar cuáles son las respuestas humanas que realmente corresponden a DE.

Los DE deben facilitar la organización cognitiva de la información (Beckstead, 2009), favorecer el aprendizaje, la memoria y la toma de decisiones. Para describir un DE con exactitud, los términos empleados deben corresponder a conceptos inequívocos (Diz Gómez, 2013), que hayan sido sometidos a procesos formales de evaluación. Desde esta perspectiva, la evaluación empírica los sistemas normalizados de lenguajes constituye una exigencia. Es imprescindible la validación científica de sus contenidos diagnósticos para disponer de clasificaciones válidas y fiables, que sean de utilidad. De lo contrario, su aplicación en el ámbito asistencial será inferior.

Según Gordon (1996), sin estos lenguajes la Enfermería será invisible en los sistemas de salud; su valor e importancia continuarán irreconocibles, sin ser

recompensados. Para que la Enfermería se convierta en una profesión completa, precisa desarrollar y aceptar sistemas de clasificación, a través de los que se identifiquen los conceptos y términos designados para referirse a las funciones y responsabilidades de su exclusividad (Torres Esperón & Pérez Sánchez, 2002), en todas y cada una de las etapas del proceso asistencial.

### 3.3. El Proceso enfermero

El abordaje estructurado a los problemas de salud de las personas, siguiendo el método científico, ha sido desarrollado recientemente. El PE fue introducido por Lydia Hall en el año 1955, centrado en el abordaje a la rehabilitación, autorrealización y mejora de la autoestima de las personas.

A partir de ese momento, las enfermeras involucradas en el estudio y desarrollo teórico de la disciplina han ido realizando sucesivas aportaciones al PE, hasta alcanzar las etapas que lo conforman actualmente, con la finalidad de describir, explicar y contextualizar el campo de actuación profesional (Amad Pastor, 2014).

El PE ha sido definido en la literatura científica por distintos autores:

- Para *Marriner* (1983; en Amad Pastor, 2014), consiste en abordar los problemas de salud mediante una resolución científica de los cuidados enfermeros.
- Según *Alfaro* (1999; en Amad Pastor, 2014), es un método sistemático y organizado de administrar cuidados enfermeros de forma individualizada.
- Para *Kozier*, es un método sistemático y racional enfocado a planificar y ofrecer cuidados enfermeros que den respuesta a las necesidades identificadas en los pacientes (Kozier, 2008; en Amad Pastor, 2014).

Suele ser descrito como el punto focal, el núcleo o la esencia de la práctica enfermera. Sin embargo, la comprensión acerca de su significado y adopción meditada aún no han alcanzado unanimidad. Se observa un sensible cambio a partir de las tres últimas décadas del siglo XX y hasta la actualidad; de esta manera, el PE es entendido de dos maneras (García & Nóbrega, 2009):

- Como un instrumento tecnológico que favorece el cuidado, a través de la organización de los procesos de cuidado y la documentación de la práctica profesional.
- Como un método que permite identificar, comprender, describir, explicar y predecir las necesidades humanas de los individuos, las familias y las colectividades; frente a los eventos del ciclo vital o los problemas de salud, reales o potenciales; determinando los aspectos de esas necesidades que exigen intervención profesional.

Atendiendo a estos criterios, el PE debe ser considerado un método sistemático en el que, con el uso de habilidades de pensamiento crítico y valoración estructurada, se promueve la toma de decisiones que permite emitir el juicio clínico sobre el estado de salud del individuo para la resolución deliberada de sus problemas, evaluando la consecución de resultados. Así, el PE constituye un recurso para sistematizar las intervenciones y un sistema de resolución de problemas; puede ser incluso una expresión de la filosofía enfermera. No obstante, es imprescindible aclarar la definición, la designación y la finalidad de este PE para que su uso favorezca el desarrollo de la disciplina enfermera (Ramírez Elías, 2016). Las imprecisiones, omisiones o excesos en el PE se traducen en incertidumbres de la disciplina.

La implementación del PE exige habilidades y capacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas que fundamenten el razonamiento clínico, con la finalidad de identificar los problemas que deben resolverse sobre una base teórica identificable (Barros, 2009) para organizar, administrar, evaluar y documentar de manera formal los cuidados (Ramírez Elías, 2016). El PE está constituido por las mismas etapas que el método científico: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Cada una de estas etapas del PE determinan las estrategias de abordaje al fenómeno observado; desde los elementos implicados para el establecimiento empático del juicio clínico, incluida la recopilación de información y el reconocimiento de patrones de salud, hasta la toma de decisiones para determinar las acciones principales y alternativas en su resolución (Hakverdioğlu

Yönt, Korhan, Erdemir, & Müller-Staub, 2014). Así, el PE está conformado por una serie de etapas perfectamente definidas (Alfaro-LeFevre, 2014):

- *Etapas de valoración;* constituye el momento a partir del cual la enfermera obtiene, examina y registra la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden contribuir a predecir, detectar, prevenir y gestionar la aparición de problemas de salud reales o potenciales, así como los recursos disponibles en los individuos; con la finalidad de promover la salud, la autonomía y el bienestar óptimo.
- *Etapas diagnóstica;* integra la identificación de los problemas de salud a partir del análisis y síntesis rigurosa de los datos obtenidos durante la valoración. Permite reflexionar y extraer las conclusiones, así como determinar la naturaleza exacta de los problemas de salud y los riesgos que se deben tratar. Incorpora los recursos de las personas para el desarrollo de un plan de cuidados eficiente. Desde un enfoque proactivo, la etapa diagnóstica está basada en un modelo predictivo que permite anticipar, prevenir, gestionar y promover los problemas de salud en base a la evidencia científica.
- *Etapas de planificación;* constituye un complejo entramado de estrategias conducentes a priorizar los problemas que requieren atención inmediata frente a los que pueden esperar, con la finalidad de determinar aquéllos que exigen atención enfermera frente a los que deben ser delegados o requieren un abordaje interdisciplinar. En segundo lugar, establecer los resultados u objetivos esperados en el individuo de forma segura y eficiente. En tercera instancia, seleccionar y coordinar las intervenciones enfermeras prescritas para lograr los resultados planificados.
- *Etapas de ejecución;* constituye la puesta en marcha del plan de cuidados planificado, con acciones concretas para su desarrollo. Está íntimamente relacionada con la etapa de planificación, puesto que guía los cuidados durante el proceso de ejecución, también con la etapa de evaluación porque mientras se ejecutan los cuidados, se deben revisar los cambios y enfoques correspondientes.

- *Etapa de evaluación*; permite verificar que cada una de la etapas anteriores del PE están adecuadamente diseñadas para alcanzar el estado de salud deseado en los individuos; constituye una etapa que examina los pasos previos, centrándose especialmente en el logro de los resultados. Esta etapa es importante porque permite reflexionar sobre la mejora de la calidad, la investigación y la práctica basada en la evidencia.

### 3.3.1. La etapa diagnóstica

La etapa diagnóstica fue introducida como fase independiente del PE en el año 1976 por Roy, Mundinger, Jauron y Aspinall (Serrano & Serrano, 2007), proporcionando las cinco etapas de la actualidad. Con su introducción, las enfermeras están metodológicamente habilitadas para cerrar el ciclo conducente al juicio clínico iniciado con la valoración.

Según Juvé i Udina (2016), la etapa diagnóstica corresponde a la fase del PE que implica el ejercicio deliberativo de análisis de los datos de la valoración de la persona, la emisión de un juicio clínico sobre su estado de salud y las consecuencias y reacciones, reales o de riesgo, en las diferentes dimensiones del individuo y su integridad; todo ello, en el contexto de su entorno y experiencia particular, insertado en el ámbito de la responsabilidad enfermera. Esta atribución incluye la corresponsabilidad con el beneficiario de los cuidados, sus cuidadores y otros profesionales. Tomar una decisión adecuada surge de la ponderación de los riesgos y beneficios a partir de la integración de la mejor evidencia disponible procedente de la investigación, la pericia clínica y las preferencias del paciente (Barani & Kopitowski, 2012; Haynes et al., 2002); de manera que las decisiones sean compartidas, reflejando la autonomía de las personas en su proceso de salud.

No obstante, la etapa diagnóstica está dotada de un significativo grado de complejidad; las divergencias y discrepancias detectadas en la actualidad (Frazão et al., 2015), acontecen su delimitación competencial y su definición. En la Tabla 1 se describen algunas definiciones relevantes.

**Tabla 1. Principales definiciones de Diagnóstico enfermero**

Autor	Año	Definición
Abdellah	1957	Determinación de la naturaleza y extensión de los problemas enfermeros que presentan los pacientes individuales o las familias que reciben cuidados enfermeros
Durand-Prince	1966	Formulación de una conclusión resultante del reconocimiento derivado de una investigación enfermera del paciente
Gabbie & Lavin	1975	Juicio o conclusión que se produce como resultado de una valoración enfermera
Bircher	1975	Función enfermera independiente. Una evaluación de las respuestas personales de un cliente a su experiencia humana a lo largo de un ciclo vital, ya sea de desarrollo o crisis accidentales, enfermedades, dificultades u otros tipos de estrés
Aspinall	1976	Proceso de inferencia clínica a partir de los cambios observados en el estado físico o psicológico del paciente; si se lleva a cabo con exactitud e inteligencia, conducirá a la identificación de las posibles causas de la sintomatología
Gordon	1976	Problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar
McLane	1979	Frase concisa o término que resume un grupo o serie de indicadores empíricos, que representan las variaciones normales y los patrones alterados (reales o potenciales) del fundamento humano de los que la enfermera, en virtud de su educación y experiencia, es capaz y está autorizada a tratar
Marriner-Tomey	1979	Expresión de una conclusión basada en principios científicos y que indica la necesidad de cuidados de Enfermería por parte del paciente
Roy	1982	Frase o término conciso que resume un grupo de indicadores empíricos que representan patrones de un ser humano unitario
Shoemaker	1984	Juicio clínico acerca de un individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso sistemático y controlado de recogida y análisis de datos. Proporciona la base de las prescripciones de un tratamiento definitivo a cargo de la enfermera. Se expresa concisamente e incluye la etiología de la alteración cuando es conocida
Alfaro- LeFevre	1988	Problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal o independiente, iniciando las actividades de Enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo
Carrol-Johnson	1992	Juicio clínico acerca de las respuestas del individuo, la familia o la comunidad, a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base de la selección de las intervenciones enfermeras para alcanzar los resultados de los que la enfermera es responsable
Carpenito	1997	Formulación que describe la respuesta de un individuo o grupo que la enfermera puede identificar legalmente y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones
NANDA-I	1999	Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable
AENTDE	2001	Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente
Juvé i Udina	2016	Fase del proceso de atención que implica un ejercicio deliberativo de

	análisis de los datos de la valoración de la persona beneficiaria de los cuidados y la emisión de un juicio clínico, o la conclusión de varios juicios, sobre su estado de salud y acerca de las consecuencias y reacciones, reales o de riesgo, en las diferentes dimensiones del individuo y su integridad, en el contexto de su entorno y su experiencia particular y dentro del ámbito de la responsabilidad profesional enfermera, que incluye también la corresponsabilidad con el beneficiario de cuidados y/o con otros profesionales de la salud
NANDA-I 2017	Juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o susceptibilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad

*Fuente:* Modificado a partir de Diz Gómez, 2013

Esta pluralidad conceptual muestra la diversidad teórica de la disciplina enfermera, así como la complejidad para describir la esencia de la Enfermería, sobre todo cuando se hace desde la perspectiva filosófica, más que en términos de aplicación a la práctica clínica. Como elemento común, estas definiciones centran su interés en el DE como proceso. Se echa en falta un mayor enfoque hacia la delimitación de la naturaleza del DE como producto. En este sentido, el DE no culmina la captación de los procesos de pensamiento de las enfermeras en su práctica (Ramírez Elías, 2016).

Desde los inicios de la conceptualización del DE, a mediados del siglo XX, las enfermeras comenzaron a identificar los tratamientos y resultados ubicados en su esfera profesional; en este contexto, se ha producido una evolución que, según expone Gordon (1996), parte desde los problemas de las enfermeras (problemas terapéuticos y objetivos de resultado) hacia los DE (problemas del paciente). La finalidad de este desarrollo ha consistido en mostrar que la práctica enfermera implica un proceso cognitivo impregnado de sentido lógico y dotado de carga semántica y conceptual, que va más allá de meras intervenciones.

Este desarrollo y evolución de la facultad enfermera para el diagnóstico ha estado dirigida por factores contrapuestos. Por un lado, la imperiosa necesidad de los gestores en contener costes sanitarios requería incluir datos clínicos enfermeros en los sistemas de documentación informatizada; por otro lado, la pobreza conceptual de las enfermeras para identificar problemas en el dominio de su práctica clínica. Como respuesta a estos escenarios, las enfermeras comenzaron a

utilizar terminología médica, ampliándola en la medida de sus exigencias con la finalidad de abarcar una nueva y amplia perspectiva enfermera. De esta manera, en el año 1973 se celebró la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de DE en la Universidad de Saint Louis (Missouri, USA). A propuesta de Gabbie y Lavin, se desarrolló un nuevo sistema de lenguaje diagnóstico que permitiera etiquetar los juicios clínicos y reconocer los problemas de salud tratados por las enfermeras (Gordon, 1996).

Con el uso de estos DE, no se pretende modificar la etiqueta del diagnóstico médico para explicar juicios enfermeros (Meyer, 2010). Desde esta configuración, el concepto diagnóstico adopta una perspectiva enfermera que, fundamentalmente, modifica su enfoque biomédico. No obstante, las propias enfermeras reconocen hacer juicios clínicos paralelos a los asociados directamente con la enfermedad o patología, es decir, los juicios médicos. Estos juicios clínicos enfermeros aumentan la calidad de la salud de las personas y la comunidad (Gordon, 2000), desarrollando la profesión enfermera con visión ética, holística y humanista (Torres Esperón & Pérez Sánchez, 2002).

Se manifiesta un conflicto entre los fundamentos teóricos y el uso clínico de las clasificaciones diagnósticas (Berardinelli et al., 2012). Determinadas enfermeras cuestionan las ventajas y los beneficios de su aplicación (Kruse et al., 2008); otras enfermeras desconocen la intrincada naturaleza de los DE, alegando falta de familiarización con los criterios normativos de las estructuras taxonómicas, históricamente asociados a la Medicina (Hogston, 1997).

#### **4. La comunicación como constructo teórico-práctico**

El concepto “comunicación” establece la asociación entre el lenguaje y su función de transmitir mensajes (Leech et al., 2000). Todo ello es posible debido a las relaciones entre la cognición, el lenguaje y su uso en la comunicación. El lenguaje es un elemento intrínseco a la vida social, utilizado como instrumento para relacionarse de múltiples y variadas formas. Por una parte, permite asimilar y estructurar la experiencia de la realidad; por otra, posibilita que se comparta ese conocimiento con otros semejantes. Esta circunstancia hace factible la coordinación social en proyectos comunes de adquisición de saber, como es la



ciencia. No obstante, la función del lenguaje como parte de la cultura humana no es únicamente la adquisición, estructuración y transmisión de ese conocimiento.

La Pragmática es la ciencia que se ocupa de estudiar el lenguaje como instrumento de intercambio de significados en el marco de un contexto específico, intentando elucidar la acción lingüística comunicativa. La mayor parte de la vida de las personas es comunicativa, esto es, se asienta sobre el intercambio de información y la coordinación de acciones con otros individuos.

De esta manera, el lenguaje expone una doble vertiente explicativa de las propiedades de su utilidad en el proceso de comunicación:

- *Propiedad intrínseca*: las propiedades intrínsecas y formales del uso comunicativo del lenguaje atienden a la formulación de reglas o principios que permiten generar de forma abstracta la estructura sintáctica o lógica de una entidad lingüística; tales explicaciones suelen venir expresadas en lenguaje formal o semiformal, lógico o matemático (De Bustos Guadaño, 2004).
- *Propiedad extrínseca*: el uso que se hace del lenguaje, las intenciones u objetivos de un hablante, explican sus propiedades extrínsecas y funcionales. Por un lado, esta acción se caracteriza por ser intencional, es decir, dirigida a la consecución de fines; por otro lado racional, esto es, ajustada a procedimientos convencionales que permiten obtener esos fines. La racionalidad de la comunicación implica consistencia, ajuste a los objetivos de quien la ejecuta.

La Teoría sobre la relevancia de la comunicación de Wilson y Sperber (1979) mostró que esta comunicación no aborda solamente una interpretación de enunciados individuales en un contexto determinado; se debe tener en cuenta la implicación de contenidos informativos antiguos y nuevos, así como situaciones metafóricas e irónicas. De esta manera, describieron la comunicación como un fenómeno ostensivo-inferencial que se fundamenta en dos conceptos complementarios. Por un lado la "*Ostensión*", es decir, la intención del hablante

para comunicar; por otro lado, la “*Inferencia*”, entendida como el proceso lógico a través del cual el destinatario deriva su significado (Leech et al., 2000).

La aplicación de este modelo ostensivo-inferencial en el contexto de la Enfermería traduce la necesidad de estos profesionales en relación a la correcta transmisión y recepción de la información sobre el estado de salud de la población. De esta manera, las enfermeras pueden alinearse en el entendimiento de sus limitaciones internas (fortalezas y debilidades) y externas (oportunidades y amenazas); lo que en términos económicos y empresariales se conoce como análisis DAFO (Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades), que tiene por finalidad elaborar las mejores estrategias de potenciación y control sobre sus capacitaciones profesionales, según se describe en la Figura 6.

**Figura 6. Matriz DAFO en el proceso de comunicación de las enfermeras**

<b>Internas</b>	
<b>Debilidades</b>	<b>Fortalezas</b>
Falta de formación	Alto nivel de competencias
Resistencia/miedo al cambio	Trabajo en equipo
Desmotivación	Reconocimiento y prestigio profesional
Modelo asistencial	Desarrollo/motivación profesional
Desconocimiento/expectativas de la población	Cambio de paradigma
Falta de definición legal	Apoyo institucional
<b>Amenazas</b>	<b>Oportunidades</b>
<b>Externas</b>	

A partir de una abstracción conceptual en adecuada alineación con los cánones disciplinares, será posible afrontar las debilidades y amenazas, respaldándose en las fortalezas y oportunidades disponibles para mejorar los procesos de comunicación interprofesional.

#### **4.1. El lenguaje como instrumento de comunicación**

El lenguaje humano es un fenómeno de gran importancia adaptativa cuya filogénesis está corroborada por escasas evidencias empíricas acerca de las causas y el sentido de su evolución; es fuente de comunicación, de expresión de emociones, de cohesión social y de entretenimiento.

Lingüistas, filósofos, psicólogos, etólogos, primatólogos, paleontólogos, sociobiólogos y arqueólogos han dedicado cantidades ingentes de tiempo y esfuerzos a la labor de discutir si el lenguaje es una característica sólo humana o también está presente en otros animales (Cela Conde & Ayala, 2011). En este sentido, se ha pretendido explicar el origen del lenguaje desde diferentes perspectivas.

- *Posturas pragmáticas*; próximas al empirismo británico, postulan que las experiencias vividas conforman un aprendizaje que se transforma en la capacidad lingüística de transmitir mensajes vocales con contenido semántico.
- *Posturas innatistas*; consideran ciertas condiciones genéticas que ningún otro animal poseería, argumentando una componente esencial, imposible de obtener mediante el aprendizaje. Desde esta perspectiva, solo la comunicación humana podría ser llamada en pleno derecho lenguaje; los sistemas de lenguajes de otras especies animales serían medios para transmitir información, pero no lingüísticos.

Frente a estos posicionamientos extremistas, existen otras posturas moderadas que proponen una combinación de argumentos que puedan explicar estas aptitudes comunicativas. Se entiende que la capacidad filogenética para la competencia lingüística es la suma de procesos adaptativos adquiridos a partir de los primeros homínidos desde hace dos millones de años, en combinación con otros elementos innatos a la especie humana. Todo ello es el resultado de una constante retroalimentación (Cela Conde & Ayala, 2011). La existencia de componentes genéticos o innatos está influenciada por el escenario social en el que se desarrolla (De Bustos Guadaño, 2004). Este proceso es, por un lado, *filogénico* en el sentido de desarrollo de la especie; por otro lado, *ontogénico* en el sentido de desarrollo del individuo en su espacio vital. Se estima que la combinación de estos procesos, filogénicos y ontogénicos, serían responsables de la capacidad humana para desarrollar un lenguaje capaz de expresar un número infinito de oraciones, según la teoría evolutiva darwiniana.

El lenguaje, como expresión del conocimiento, debe estar representado por la referencia y ubicación en un estatuto epistemológico que le otorgue sentido y proyección; de lo contrario se muestra ininteligible. No podría ser considerado conocimiento, menos aún, auténtico lenguaje comunicacional (Martínez-Miguélez, 2009).

Como parte de este proceso comunicativo, en el contexto académico de las ciencias de la salud se encuentran situaciones de profesión-centrismo (Pecukonis, 2014; en Meleis, 2016) por la que los estudiantes de estas disciplinas permanecen importantes cantidades de tiempo estudiando los sistemas de códigos propios del lenguaje de su ciencia. De esta manera, nutren su propia práctica con valores y creencias que muestran tintes endogámicos a través de la que van conformando una alteridad; generando una identidad profesional en consonancia con procesos de etnicismo. Esta situación, lleva a estos profesionales a centrarse en las similitudes dentro de una profesión y las diferencias con respecto a otras, preservando y protegiendo la identidad profesional; promoviendo el aislamiento, el elitismo y la territorialidad (Pecukonis, 2014).

El excesivo endocentrismo fomenta las alteridades disciplinares, enfocando la atención de sus efectivos en el desarrollo de lo propio, en el arraigo conceptual y lingüístico, dejando a un lado el auténtico centro de interés, las personas.

En Enfermería, las propiedades intrínsecas de una clasificación o taxonomía diagnóstica son explicadas por los criterios que determinan su normativa estructural y los contenidos que la conforman; el uso que se hace de estos instrumentos describe sus propiedades extrínsecas, lo que proporciona su explicación funcional.

#### **4.2. Los lenguajes normalizados en la comunicación profesional**

Todas las disciplinas deben disponer de un lenguaje propio, que identifique y desarrollen sus elementos específicos (Meleis, 2016). En el ámbito de la Enfermería, se ha extendido cada vez el uso de lenguajes normalizados, esenciales

para capturar, representar, acceder y comunicar la práctica enfermera, así como descubrir el conocimiento basado en la clínica y realizar investigaciones relacionadas con la calidad y efectividad de la actuación de estos profesionales (Tastan et al., 2014). Estos enunciados posibilitan describir los fenómenos clínicos de interés que transmiten la práctica enfermera. Facilitan la comunicación entre profesionales, potencian el desarrollo del rol autónomo y contribuyen a mejorar la calidad de la atención y seguridad de las personas (Asociación Española de Nomenclatura Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería [AENTDE], 2016). Son útiles para favorecer el registro normalizado e implementar estrategias de mejora (Björvell et al., 2002), convirtiéndose en imprescindibles para el desarrollo disciplinar.

Estas terminologías han sido desarrolladas durante décadas con la finalidad de proporcionar estructuras que representen a la Enfermería en los sistemas de salud (Keenan, Tschannen, & Wesley, 2008), visibilizándola a través de los registros electrónicos (AENTDE, 2016). No obstante, su implementación y desarrollo es todavía reciente, en comparación con disciplinas afines.

El uso creciente de lenguajes normalizados ha derivado, paradójicamente, en variabilidad conceptual. Es preciso unificar criterios que permitan establecer una comunicación mundial efectiva, favoreciendo comparativas internacionales para la dotación, innovación y desarrollo de una práctica clínica basada en la evidencia. Todo ello mediante un enfoque sistemático dirigido a la mejora y garantía de la calidad de las organizaciones sanitarias, orientando la gestión hacia la excelencia y un cambio organizativo promotor de una cultura de aprendizaje continuo, donde la calidad sea el principal objetivo a través de la mejora de la efectividad de las organizaciones (Camacho, 2014).

Combinar diferentes sistemas terminológicos no debe ser un obstáculo para la comunicación interprofesional; es necesario favorecerla en la medida de lo posible evitando las complicaciones derivadas del uso de distintos sistemas conceptuales (Meleis, 2016). En este contexto de pluralidad terminológica se precisa *interoperabilidad*, entendida como la habilidad o capacidad de dos o más sistemas

para intercambiar información y utilizar la información intercambiada. De esta manera, se distinguen tres niveles de interoperabilidad:

- *Interoperabilidad sintáctica*: permite el intercambio de datos entre dos sistemas.
- *Interoperabilidad semántica*: permite que los sistemas entiendan la información que se está intercambiando.
- *Interoperabilidad de procesos*: involucra políticas, procesos y mecanismos de cooperación en las organizaciones, logrando flujos de trabajo en común.

Por otro lado, los términos empleados para denominar *conceptos diagnósticos* concretos deben ser verdaderos términos técnicos, cuya significación sea unívocamente entendida por todos los integrantes de una disciplina. Lo opuesto a estos conceptos diagnósticos estrictos constituirán *conceptos cuasi-diagnósticos*. En Enfermería se ha utilizado con bastante frecuencia conceptos cuasi-diagnósticos, es decir, Etiquetas diagnósticas basadas en la arbitrariedad, ajenos al criterio establecido por el método científico, en los que se recurre a hipótesis no comprobables (Diz Gómez, 2013). Por ejemplo, el accidente cerebrovascular (ACV), está caracterizado por un flujo sanguíneo deficiente o totalmente interrumpido hacia el cerebro que puede derivar en una discapacidad secundaria con afectación del movimiento, manifestándose como una pérdida de fuerza, hemiparesia, o de movilidad en la parte del cuerpo afectada, hemiplejía, con falta de coordinación o pérdida de control de movimiento. Con la definición de ACV se identifica, el DE NANDA-I *Desatención unilateral*, que se define como “*Deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizado por la falta de atención a un lado del cuerpo y su entorno y una atención excesiva al lado opuesto. La desatención del lado izquierdo es más grave y persistente que la desatención del lado derecho*” (Herdman & Kamitsuru, 2015). El único factor relacionado o etiológico de esta Etiqueta diagnóstica es la *lesión cerebral*. De esta manera, la desatención unilateral ha sido definida por la RAE (RAE, 2019a), en su primera acepción, como falta de atención o distracción, mediante el que, de manera intransitiva, se aplica voluntariamente el entendimiento hacia un objeto espiritual o sensible. Del mismo modo, atender se define como aplicar voluntariamente este entendimiento. En este caso, hallamos

una Etiqueta diagnóstica que resulta poco comprensible (Ugalde Apalategui & Rigol Cuadra, 1995), con ambigüedades en su definición. Por un lado, señala desatención unilateral y al mismo tiempo expone “atención excesiva al lado opuesto”; objetivamente nos encontramos ante la secuela de una alteración fisiopatológica, lo que descarta la voluntariedad funcional. Este hecho complica el proceso de comunicación, puesto que la desatención unilateral es, en última instancia, una hemiparesia o hemiplejía secundaria a un ACV, haciendo referencia, implícitamente, al mismo problema de salud o enfermedad, sobre el que deberán intervenir los múltiples profesionales implicados.

La adecuación conceptual es imprescindible para que la adquisición, interiorización, manejo y difusión del conocimiento específico se produzca de forma efectiva e inequívoca entre los miembros de las distintas comunidades científicas. Por este motivo, los sistemas clasificatorios y taxonómicos deben contribuir a este desarrollo científico, aportando de forma escrupulosa su valor principal, manifestado por la exactitud y certidumbre científica de sus contenidos.

En la actualidad, estos lenguajes son utilizados, principalmente, a través de sistemas informatizados. Se ha descrito que con el desarrollo de Historias Clínicas Electrónicas (HCE) se proporciona inmediatez a su uso clínico, permitiendo la evaluación inmediata de los registros, lo que aporta información sobre la atención prestada por estos profesionales (Nomura et al., 2016).

Es preciso que los profesionales de las distintas disciplinas contribuyan a una comunicación adecuada a través del uso de estos lenguajes desde distintos perfiles y ámbitos de responsabilidad. Solamente a partir de una reflexión metódica, estructurada y sistemática, se puede promover este desarrollo conceptual; siendo preciso instaurar, en ocasiones, herramientas que faciliten su uso, sobre todo en profesionales principiantes y menos expertos.

Para la adecuada aplicación de estos lenguajes en la práctica clínica, se ha implementado su uso a través de la elaboración de planes de cuidados. Estas

herramientas han sido durante años, necesarias para la formalización organizada y estructurada de estos sistemas de lenguajes en la gestión de los cuidados.

Los *Planes de cuidados estandarizados* (PCE) facilitan la práctica clínica de las enfermeras con contenidos predefinidos. Se definen como “*soporte de información que reagrupa los mismos elementos que el plan de cuidados... pero estos datos son preestablecidos respecto a un diagnóstico enfermero, a un perfil tipo de paciente y a una práctica de cuidados determinada. Facilita la movilización de un equipo interdisciplinario de cuidados alrededor de un problema importante del paciente*” (Charrier & Ritter, 2005). En estos casos, los datos de observación del comportamiento del paciente, de la práctica profesional y de la terminología utilizada por la enfermera están predefinidos. La estandarización aplica el uso combinado de los hallazgos de investigaciones previas, experiencia clínica, preferencias y valores de los pacientes y sentido común; de esta manera, los problemas son abordados de forma coherente con las circunstancias y recursos del contexto (Román Cereto et al., 2005). Con esta metodología se estipula que el trabajo sea planificado de manera preprogramada, mediante generalizaciones organizadas en relación a un problema de salud concreto o tipología de paciente.

Establecer la toma de decisiones en un PCE pertenece a un paradigma obsoleto, donde el juicio clínico queda reducido a guías de práctica clínica, que pueden no estar fundamentadas en la mejor evidencia disponible, alejada de la práctica basada en el pensamiento crítico.

En otro orden, desarrollar una atención enfermera avalada por una terminología inequívoca y bien establecida constituye la base de los sistemas de clasificación. Las características dispuestas en estas terminologías pueden ser resumidas en los siguientes puntos (Mynaříková & Žiaková, 2014):

- Avala la responsabilidad e individualidad profesional a través de la definición de actividades autónomas para la práctica enfermera.
- Apoya la investigación sobre la validez de los DE, los resultados y las intervenciones utilizadas.



- Permite una planificación financiera de las actividades enfermeras efectiva y factible.
- Mejora la eficacia de la comunicación mutua entre enfermeras y otros profesionales de la salud.
- Posibilita su uso en la formación, impactando en la familiarización de los estudiantes con una terminología experta.

La creciente trascendencia de estos sistemas de lenguajes ha propiciado el desarrollo de instrumentos que permiten evaluar la calidad de los registros enfermeros. En este orden, el interés de los investigadores ha sido notable, especialmente en lo que se refiere al registro de DE, a través de cuatro categorías de análisis, (Paans et al., 2011):

- Los intrínsecos a la enfermera.
- La formación y los recursos existentes para emitir juicios diagnósticos.
- La complejidad de las personas y de sus procesos de salud/enfermedad.
- Los entornos y las políticas sanitarias.

Estas categorías de análisis están conformadas por subcategorías que permiten a los investigadores obtener, mediante procesos de evaluación, un amplio esquema de la realidad de los registros en los sistemas de información, tal como se describe en la Tabla 2.

**Tabla 2. Factores determinantes del registro de Diagnósticos enfermeros**

Categorías	Subcategorías
Los intrínsecos a la enfermera	Actitud y disposición hacia el diagnóstico Experiencia y experticia en el diagnóstico
La formación y los recursos diagnósticos existentes	Enfermeras especialistas y de prácticas avanzadas Conocimiento en la aplicación del proceso de Enfermería Implementación de sistemas de clasificación
La complejidad de las personas y de sus procesos de salud/enfermedad	Diferencias culturales Gravedad del problema de salud del individuo
Los entornos y políticas sanitarias	Nivel de carga asistencial Uso de modelos biomédicos Burocracia y organización administrativa de las funciones asistenciales Forma de estructurar la información

Fuente: Adaptación de Paans, Nieweg, van der Schans, & Sermeus, 2011

Atendiendo a estas subcategorías de análisis, se identifican los elementos clave para el impulso del proceso de DE. Se evidencia la necesidad de optimizar la fase prediagnóstica, impulsando la normalización del registro con formularios preestructurados. También la fase postdiagnóstica, mediante el registro informatizado de la planificación.

En relación a los registros enfermeros, concurren dos posicionamientos encontrados. Frente a los que argumentan la conveniencia de documentarlos usando texto libre (Frigstad et al., 2015), se ha justificado que los registros de las enfermeras aumentan su visibilidad e impacto (Keenan et al., 2008) cuando se usan lenguajes estandarizados. En estos casos, mejora la calidad de la documentación clínica (Florin et al., 2005; Häyrynen et al., 2010; Müller-Staub et al., 2006).

La necesidad de evaluar estos registros ha impulsado la implementación y desarrollo de distintos instrumentos de medida. Según Mateos-García (2017), los instrumentos más utilizados son:

- *Cat-ch-Ing instrument*: evalúa la posibilidad de que un problema sea monitorizado en el PE mediante la adecuada descripción y evaluación del diagnóstico, los resultados esperados y las intervenciones planificadas e implementadas (Björvell et al., 2000).
- *Q-DIO (Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes)*: evalúa la calidad del PE en 4 dimensiones análisis: DE como proceso, DE como producto, intervenciones de Enfermería, resultados en los pacientes (Müller-Staub et al., 2008).
- *QOD (Quality of Nursing Diagnoses)*: evalúa la relevancia y estructura diagnóstica del formato PES del DE (Florin et al., 2005). Desarrollado a partir de la combinación de dos instrumentos: Cat-ch-Ing instrument y Ziegler Criteria for Evaluating the Quality of the Nursing Process (ZCEQNP).
- *D-Catch*: evalúa la legibilidad del registro, la precisión en las etapas del PE, los datos de la valoración, el formato PES del DE, las intervenciones enfermeras y los resultados en el individuo. Desarrollado a partir de 3 instrumentos: Cat-ch-Ing instrument, Q-OD y Modelo VIPS (Paans et al., 2010).

No obstante, han sido desarrollados y aplicados numerosos instrumentos, que se describen en la Tabla 3.

**Tabla 3. Instrumentos para evaluar la documentación enfermera**

Referencia	Instrumento de medida	Enfoque
Ziegler (1984)	ZCEQNP (Ziegler Criteria for Evaluating the Quality of the Nursing Process)	Estructura, proceso, contenido
Nordström & Gardulf (1996)	NoGa instrument	Estructura
Björvell et al. (2000)	Cat-ch-Ing instrument	Estructura, proceso, contenido
Lunney (2001)	The Scale for Degrees of Accuracy in Nursing Diagnoses	Contenido
Larrabee et al. (2001)	NCPDCI: Instrumento de recogida de datos del Plan cuidados	Estructura y contenido
Idvall & Ehrenberg (2002)	ESCI: Exhaustividad en el instrumento de registro. Características del dolor agudo	Contenido
Ehrenberg & Birgenesson (2003)	ESCI: Exhaustividad en el instrumento de registro. Escala nominal	Contenido
Moult et al. (2004)	EQIP: Asegurar la calidad de la información para el paciente	Estructura, proceso y contenido
Gunningberg & Ehrenberg (2004)	ESCI: Exhaustividad en el instrumento de registro. EPUAP: Formulario europeo e recogida de datos UPP	Contenido
Florin et al. (2005)	QOD: Instrumento calidad diagnósticos enfermeros	Contenido
Lunney (2006)	NNN: Interrelaciones NANDA-NOC-NIC	Contenido
Aling (2006)	Cat-in-Ing instrument. Modificado	Estructura y contenido
Considine & Potter (2006)	Instrumento estandarizado para auditoría	Contenido
Müller-Staub et al. (2007)	Q-DIO: Calidad de los diagnósticos, intervenciones y resultados	Contenido
Eid & Bucknall (2008)	PDAT: Herramienta de auditoría para la documentación de dolor	Contenido
Hayrien & Saranto (2009)	Análisis Narrativo del contenido	Estructura y contenido
Hayrinen et al. (2010)	Cat-ch-Ing instrument. Modificado	Estructura, proceso y contenido
Gjevjon & Helleo (2010)	Exhaustividad Instrumento Registro Modificado (ESCI) VIPS (Acrónimo sueco): Modelo para evaluar bienestar, integridad, prevención y seguridad	Contenido
Juntilla et al. (2010)	PNDS: Lista de diagnósticos enfermeros perioperatorios	Contenido
Panns et al. (2010)	D-Catch Instrument	Estructura, proceso y contenido
Linch & Müller-Staub (2012)	Q-DIO (Adaptación)	Contenido
Linch & Müller-Staub (2014)	Q-DIO (Adaptación)	Contenido
Mateos-García (2017)	Q-DIO (Adaptación transcultural)	Contenido

Fuente: Mateos-García (2017) a partir de Wang et al. (2011)

Con la aplicación de estas herramientas es posible evaluar la variabilidad y la precisión diagnóstica de los registros clínicos (Lunney, 2008), así como documentar la calidad de las evidencias disponibles (Mykkänen et al., 2012) con el uso de lenguajes enfermeros en la práctica clínica.

Algunos centran su atención en el contenido o la estructura, mientras que otros lo hacen en la aplicación del PE. Con todo ello, su importancia responde a la oportunidad para evaluar la práctica asistencial, favoreciendo una retroalimentación que vincula el ámbito clínico y académico para la mejora de deficiencias metodológicas, estructurales o funcionales.

### **4.3. La comunicación entre enfermeras**

Las responsabilidades de los profesionales de la salud incluyen articular herramientas de información y conexión que permitan ofrecer servicios continuados e integrales. Los cuidados enfermeros tienen como finalidad mantener o restablecer la salud de las personas. En este sentido, es necesario planificar acciones que favorezcan la continuidad de los mismos; transmitirlos de forma reglada al individuo y su familia, así como entre enfermeras de distintas instituciones y niveles asistenciales (García-Abad, 2012). Esta necesidad se debe a que tanto en el momento del ingreso como tras el alta hospitalaria es primordial garantizar la continuidad de la atención.

Para ello, se precisan sistemas de comunicación que contemplen canales directos de información a pacientes y familiares. Del mismo modo, se imponen herramientas para trasladar las necesidades y expectativas entre profesionales e instituciones, potenciando la implicación y colaboración de los individuos en la mejora de los servicios y el sistema sanitario, propiciando mayor satisfacción con la atención recibida (Camacho, 2014).

Cuando la comunicación es efectiva dentro del equipo multidisciplinar, genera múltiples beneficios (Kalisch & Begeny, 2005). Algunos de estos beneficios han sido enumerados (Giménez-Espert et al., 2018), entre los que se relaciona su contribución a conocer las necesidades complejas de la población (Michan & Rodger, 2000; en Giménez-Espert et al., 2018), las mejoras en los cuidados (Kaissi,

Johnson, & Kirschbaum, 2003; Liedtka & Whitten, 1997; en Giménez-Espert et al., 2018), las mejoras en la satisfacción del equipo y la efectividad organizacional (Horak, Guarino, Knight, & Kweder, 1991; en Giménez-Espert et al., 2018), así como el fortalecimiento de los equipos de salud (Wood, Farrow, & Elliot, 1994; en Giménez-Espert et al., 2018).

Desde hace tiempo, los avances en el ámbito de la Enfermería han favorecido el surgimiento de nuevos canales de comunicación. Estas redes profesionales pueden ser utilizadas para dar servicio desde una perspectiva disciplinar, supliendo algunas carencias derivadas de la fragmentación interpuesta por el Sistema Sanitario (Rodríguez-Suárez, Hernández-y de Luis, & Mariscal-Crespo, 2020). Una importante ventaja de este enfoque consiste en su aplicación, independientemente del uso de clasificaciones o terminologías subyacentes. Todo ello se debe a que los canales de comunicación van más allá de los elementos estructurales y conceptuales. La Enfermería en red permite investigar formalmente en el PE y, de este modo, abrir un camino poco explorado hasta el momento (Dehmer et al., 2013).

Desde 1955, la Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (ACENDIO) se ha constituido en la plataforma europea promotora de la implementación y uso de terminologías enfermeras, con la finalidad de promover la inclusión de estos lenguajes en los conjuntos mínimos de datos en los sistemas de información para mejorar su uso efectivo en la comunicación entre profesionales de la salud (Thoroddsen et al., 2012); en España la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE) congrega a los profesionales de nuestro contexto interesados en el desarrollo de estos sistemas terminológicos.

La inquietud por mejorar la comunicación entre las enfermeras ha sido ampliamente plasmada en la literatura científica. Algunos estudios han mostrado que la calidad de los registros enfermeros es variable. Se han descrito situaciones en las que algunos DE no están razonados desde la valoración, los resultados presentan errores en su escala de medición, concurre escaso registro de la

intervenciones realizadas o las recomendaciones de cuidados no están adaptadas a las peculiaridades de los individuos (Mateos-García, 2017).

Como parte activa en las líneas estratégicas de los servicios de salud, se han implementado distintos perfiles profesionales con competencias avanzadas e informes de Enfermería que pretenden garantizar la continuidad asistencial de los cuidados, destinados a mejorar la coordinación y comunicación entre profesionales y entre niveles asistenciales.

#### **4.4. El informe de cuidados de Enfermería**

El Informe de Cuidados de Enfermería (ICE) culmina el proceso asistencial, como reconocimiento al trabajo realizado. Contribuye a la coordinación interprofesional, favoreciendo la comunicación, el intercambio de información y el seguimiento de los pacientes, con la finalidad de minimizar posibles errores. Su elaboración permite plasmar el derecho de las personas a disponer de información relativa a su proceso de salud, impulsando acciones de mejora que contribuyen a la calidad asistencial. En este proceso comunicativo se enumeran tres dimensiones implicadas: (1) *Dimensión informativa*, que da a conocer la finalidad del sistema sanitario acerca de la oferta de servicios, resultados y expectativas; (2) *Dimensión explicativa*, en la que se advierte de las razones y juicios sobre las acciones planificadas y realizadas; (3) *Dimensión evaluativa*; por la que se valoran las acciones realizadas y se exigen resultados (Ruelas & Poblano, 2008; en Camacho, 2014).

Durante años, las instituciones y profesionales se han interesado por mejorar los procesos de comunicación en Enfermería. Para ello, se ha desarrollado una importante variabilidad de modelos de informes que plasman el trabajo realizado de las enfermeras y que incluye una importante variabilidad de informes de continuidad de cuidados e informes de Enfermería al alta que, durante años, han dispuesto una tentativa inconexa con resultados heterogéneos.

Con la finalidad de normalizar estos documentos clínicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en España se reguló el conjunto mínimo de datos (CMD) de los

informes clínicos en el SNS (BOE, 2010), englobando contenidos mínimos y contenidos recomendados. El ICE se plantea como un documento normalizado, que se adapta a las diferentes necesidades y situaciones en las que sea preciso su elaboración. La finalidad última del ICE es dejar constancia de la prescripción enfermera en un documento único, así como garantizar su continuidad asistencial. Se traduce en un instrumento electrónico que recoge y presenta los contenidos receptados de los distintos sistemas de información de manera estandarizada y de rápida localización.

Está estructurado en tres bloques que agrupan la información sobre datos administrativos, datos del paciente y datos del PE.

En relación al bloque sobre los datos del PE, a continuación se describen los distintos apartados que incorporan lenguajes enfermeros; organizados de forma lógica corresponden a:

1. *Valoración activa*, en la que se identifica el modelo teórico de referencia empleado, así como la valoración general a través de la aplicación de las distintas escalas o test normalizados.
2. *DE activos*, son los problemas de salud presentes en el individuo y que pueden ser reales o potenciales.
3. *DE resueltos*, relaciona los DE resueltos y que puedan resultar de interés para prever posteriores recidivas.
4. *Intervenciones de Enfermería*, que han sido planificadas y ejecutadas durante el PE.
5. *Resultados de Enfermería*, que permiten identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas.

En el caso de Canarias, el ICE ha sido adaptado siguiendo las recomendaciones ministeriales en relación a los CMD. La Consejería de Sanidad del Gobierno autonómico distingue dos modelos:

- *ICE estándar*, para todo paciente no considerado como frágil o de riesgo.
- *ICE especial*, para pacientes con criterios de fragilidad, de riesgo o de alta complejidad donde se requiere una información detallada y completa,

sobretudo en lo referido a sus antecedentes sociosanitarios y al entorno sociofamiliar.

El RD dispone, expresamente, que para cumplimentar las secciones enumeradas con anterioridad deba usarse NANDA-I, Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC) respectivamente. De esta manera, en España, se introduce un condicionante que, al menos para cumplimentar los ICE, determina legislativamente NANDA-NOC-NIC (NNN). Esta exigencia excluye el uso de otras terminologías o sistemas clasificatorios, que gozan de reconocimiento internacional, para cumplimentar el ICE. Así, la regulación de contenidos en los informes clínicos, necesaria para la normalización de la práctica asistencial, establece limitaciones en la creatividad y autonomía profesional.

La evaluación de algunos de los informes de Enfermería muestra que el interés de los investigadores ha sido variable. Se han abordado aspectos estructurales sobre su contenido y las dificultades de cumplimentación; también la utilidad y el grado de satisfacción, tanto para usuarios como profesionales. Otras investigaciones han enfocado su interés en el uso de metodología y lenguajes enfermeros (Endrino Lozano, 2011; Seva Llor, 2012; Ubé Pérez et al., 2006). Entre los aspectos negativos del ICE, se ha destacado que su elaboración demanda de las enfermeras un tiempo adicional (García-Abad, 2012), que se entremezcla con dedicaciones simultáneas a otros pacientes en las dinámicas asistenciales.

Para atenuar las deficiencias halladas, se ha expuesto la necesidad de establecer canales activos de comunicación que mejoren la utilidad y satisfacción derivada de su uso (Correa Casado, 2014; Merino-Ruiz et al., 2008; Rivas Cilleros et al., 2013; Sierra Talamantes et al., 2007). Para ello, se requieren acciones que refuercen la competencia profesional y el pensamiento crítico (González-Samartino et al., 2018); a través de mejoras en las habilidades, conocimientos, capacidad de síntesis y dominio de lenguajes estandarizados (Rodríguez-Suárez et al., 2020).

## **5. Los sistemas de clasificación y las terminologías en Enfermería**

Los lenguajes estandarizados en Enfermería son los conjuntos de términos utilizados para describir los juicios clínicos implicados en la valoración,



intervenciones y resultados relacionados con los cuidados enfermeros, lo que favorece conceptualizar con un orden sistemático los fenómenos que definen el conocimiento de la disciplina enfermera (Herdman & Kamitsuru, 2015).

En la actualidad, coexisten distintos sistemas terminológicos que aportan variabilidad conceptual. Con mayor o menor dificultad, son instrumentos bastante extendidos entre los sistemas de salud; tanto en el contexto norteamericano, del que son originarios algunos de ellos, como en el contexto europeo, donde se han implantado distintos sistemas clasificatorios, así como otros contextos internacionales que los usan en mayor o menor medida.

Tradicionalmente, las enfermeras no han enjuiciado diferencias conceptuales entre los términos clasificación, taxonomía y nomenclatura o terminología. Estas distinciones han quedado reservadas solo para profesionales expertos, con conocimientos más avanzados.

- *Taxonomía* es una manera o método de clasificar u ordenar fenómenos, ideas o conceptos según categorías jerárquicas que atienden a grupos principales, subgrupos e ítems (Herdman & Kamitsuru, 2015).
- *Clasificación* es definida como “una ordenación de fenómenos en grupos o clases basada en sus relaciones”; conformado por listados de vocabularios normalizados que agregan expresiones con características comunes (propiedades, morfología, materia, asunto, tema) predefinidas y asociadas de forma sistemática mediante relaciones jerárquicas en grupos o clases mutuamente excluyentes. Aunque el concepto taxonomía, es utilizado como sinónimo de clasificación, en realidad “refiere a la ciencia de la clasificación” (Gordon, 1996).
- *Nomenclatura* es un sistema terminológico basado en normas pre-establecidas.
- *Terminología* son conceptos equivalentes que “refieren a una compilación de términos aceptados para la descripción de fenómenos”, conocidos como vocabularios normalizados o estandarizados. Son lenguajes usados por una disciplina determinada para describir los fenómenos, ideas o conceptos específicos de su conocimiento (Herdman & Kamitsuru, 2015). En palabras

de Juvé i Udina (2016), *“una terminología es un conjunto de conceptos representado por etiquetas que pertenecen a un lenguaje específico y que integran los ámbitos de conocimiento de una disciplina ... el desarrollo de estos vocabularios enfermeros se ha producido como consecuencia de la necesidad de especificar y ampliar el cuerpo de conocimientos disciplinar”*.

Los sistemas de clasificación surgieron con la finalidad de estructurar el cuerpo de conocimientos disciplinar, constituyéndose en herramientas que organizan el saber y revelan deficiencias en la estructura de los fenómenos de interés. Con el avance del conocimiento, estos sistemas de clasificación colaboran en la precisión de las categorías diagnósticas, disminuyendo su incertidumbre y favoreciendo la exactitud y fiabilidad asociados a su uso clínico (Gordon, 1996).

Son necesarios para organizar el conocimiento tanto científico como práctico y favorecer que los cuidados estén basados en la calidad por tres razones (Lunney, 2011):

- Representar los elementos esenciales para el conjunto mínimo de datos.
- Representar la práctica basada en la evidencia.
- Servir como indicadores para los sistemas informatizados, que originan los *“Big Data”*. Big Data es el conjunto de términos que describen el volumen de datos, estructurados y no estructurados, disponibles en los sistemas de información para su explotación.

Entre sus características fundamentales incluyen que su propósito sea claro, el eje conceptual y los fenómenos deben estar identificados con un principio de organización sistemático. Si el sistema clasificatorio posee además una estructura taxonómica, una de las reglas básicas para su desarrollo es que las clases que lo conforman sean mutuamente excluyentes (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Algunas disciplinas, con amplias trayectorias, han ido conformando y perfilando durante cientos de años sus sistemas de clasificación. Así, la Biología estableció desde el siglo XVII la clasificación botánica. En Medicina, la nosografía es la descripción y clasificación sistemática de enfermedades desde el siglo XVIII,

desarrollando un sistema de clasificación internacional para las estadísticas de mortalidad, la denominada Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Actualmente, este sistema de codificación oficial informa de las estadísticas de morbimortalidad. En psiquiatría, los trastornos mentales son clasificados en el Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM).

En Enfermería, esta labor no ha hecho más que empezar. Es un proceso lento y difícil que debe avanzar de forma simultánea con la práctica profesional; fundamental para crear y desarrollar conceptos propios y específicos que nos sirvan como instrumentos para construir teorías enfermeras en el proceso de ordenación y comunicación de forma precisa y rigurosa (Hernández-Conesa et al., 2003). En este sentido, el desarrollo de los sistemas de clasificación en Enfermería ha tenido como propósito facilitar la práctica (Gordon, 1996), proporcionando un marco común de referencia con una terminología sólida que mejore su eficacia (Torres Esperón & Pérez Sánchez, 2002). Constituyen sistemas organizados de etiquetas, definiciones y descripciones de los tres elementos del cuidado: diagnósticos, intervenciones y resultados; claves en el PE y esenciales para establecer el conjunto mínimo de datos de la Enfermería (Lunney, 2011; Wilkinson, 2011).

En relación a las clasificaciones diagnósticas, deben incluir entre sus criterios capacidad para describir la base de conocimientos de la disciplina; para ello se exige que cada diagnóstico posea una descripción, unos criterios diagnósticos y unas etiologías que lo identifiquen con claridad y distingan de otros. Los conceptos diagnósticos circunscritos a cada Clase deben estar fundamentados en torno al mismo elemento central.

El precursor de la primera e incipiente clasificación de problemas enfermeros fue Abdellah, descrita a partir de la necesidad de describir una práctica enfermera centrada en el paciente, en lugar de enfocada hacia la tarea. Esta lista inicial contenía 21 problemas, que en realidad eran objetivos terapéuticos de los pacientes (Gordon, 1996). El verdadero desarrollo de las clasificaciones enfermeras se produjo a partir de los años 70 como resultado de dos

acontecimientos: las primeras conferencias organizadas por North American Nurses Diagnosis Association y el desarrollo del sistema OMAHA para la prestación de cuidados en el contexto de la atención domiciliaria (Juvé, 2016).

No fue hasta la década de los años 90 cuando aparecieron estos lenguajes enfermeros como sistemas reglados (Mateos-García, 2017), creando un marco de conocimientos con aportaciones valiosas para el desarrollo y contextualización de los problemas propios de la disciplina (Ibáñez Alfonso et al., 2005); acelerando la construcción de un soporte teórico para la fundamentar la práctica (Blegen & Tripp-Reimer, 1997; en Mateos-García, 2017).

Posteriormente, han ido aumentando los sistemas de clasificación, hasta completar los doce reconocidos por la ANA en la actualidad (Juvé, 2012).

Los seis primeros se consideran propios de la disciplina enfermera: NANDA-I, NIC, NOC, OMAHA System (OS), Clinical Care Classification (CCC) e International Classification for Nursing Practice (ICNP).

A continuación, con origen médico: Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED-CT) y Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC), que progresivamente han incorporado una perspectiva multidisciplinar.

Alternative Billing Concepts Codes (ABC Codes), es un sistema clasificatorio relacionado con la facturación de servicios para terapias complementarias que también muestra orientación multidisciplinar.

PeriOperative Nursing Data Set (PNDS), es un sistema clasificatorio desarrollado por la Association of Peri-Operative Registered Nurses (AORN). AORN une y capacita a los profesionales, las organizaciones sanitarias y la industria del ámbito quirúrgico con la finalidad de definir la práctica estandarizada en el entorno perioperatorio con la finalidad de apoyar las prácticas enfermeras en el área quirúrgica. PNDS fue mapeada para la interoperabilidad con SNOMED-CT en el año 2000 (Westra, Bauman, Delaney, Lundberg, & Petersen, 2008).

Nursing Minimum Data Set (NMDS) y Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS) son sistemas clasificatorios que surgen como resultado de distintos esfuerzos para establecer los conjuntos mínimos de elementos que aportan definiciones y categorías uniformes a las necesidades de información de la práctica

enfermera por los múltiples usuarios de datos en los sistemas de atención sanitaria (Van Beek et al., 2005). En la literatura científica han sido descritos varios intentos por determinar el NMDS en distintos países; por ejemplo, Austria (Ranegger et al., 2014, 2015), Irlanda (Butler et al., 2006) USA (Park et al., 2006), Italia (D'Agostino et al., 2012) por señalar los más recientes; o ámbitos asistenciales tan específicos como los cuidados intensivos (Spooner et al., 2018) o la AP (Håkonsen et al., 2019).

Dos criterios imprescindibles para que un sistema clasificatorio sea conceptualmente coherente con los postulados de la disciplina en la que se enmarcan son la neutralidad y la adecuación teórica. La regla de oro debe caracterizarse por conservar esta neutralidad teórica, concluyente para que los profesionales que la usen la perciban funcionalmente compatible con su alineación teórica; aceptándola con mayor facilidad. No obstante, las clasificaciones desarrolladas en Enfermería son, en principio, multiteóricas debido a que su sistema conceptual ha sido durante mucho tiempo fijado a partir de una mezcla de conceptos surgidos de diferentes perspectivas (Von Krogh, 2008).

En la actualidad, se hace necesario aumentar el número de estudios que expongan los efectos de su uso en la práctica asistencial (De Matos Pimenta et al., 2009). Aunque su presencia es cada vez mayor en los servicios de salud, su implantación y uso clínico no está suficientemente generalizado. Es imprescindible realizar mapeos que identifiquen similitudes y diferencias en entornos clínicos concretos con la finalidad de comprobar coincidencias conceptuales (Frauenfelder, Müller-Staub, Needham, & Van Achterberg, 2011); lo que permitirá desarrollar un vocabulario único a partir de las mejores características individuales (Zielstorff et al., 1998).

El proceso de comunicación entre terminologías derivado de la interoperabilidad semántica permite que distintos sistemas informáticos, que no fueron diseñados para ello, reciban e integren información procedente de otros sistemas de forma comprensible, respetando el significado original, sin necesidad de intervención humana.

No obstante, esta interoperabilidad requiere la normalización y contextualización de los datos intercambiados, de forma que puedan ser comprensibles e

interpretados de igual manera por todos los participantes en el proceso de atención de la salud. Puesto que no se producen aisladamente en el ámbito de cada disciplina, es necesario tener la posibilidad de analizar la totalidad de la *big data* conjuntamente (Abhyankar et al., 2018).

Este recorrido hacia la interoperabilidad de los sistemas de clasificación es, del mismo modo, la línea de investigación que acercará posturas entre las distintas disciplinas para un entendimiento real de las necesidades en la salud de las personas.

### 5.1. Funciones de los sistemas de clasificación

Un sistema de clasificación consiste en una ordenación de fenómenos en grupos o clases basadas en sus relaciones con la finalidad de clasificarlos, codificarlos y ordenarlos (Gordon, 1996). Cumple con los requisitos necesarios para la normalización de los lenguajes usados por los profesionales de la salud en general y de la Enfermería en particular. Estos conocimientos deben ser organizados en dimensiones conscientes, lógicas y conceptuales con la finalidad de reflejar y abarcar de forma integral el dominio disciplinar, legitimar la práctica clínica y consolidar la jurisdicción de la profesión. El aspecto más importante reside en que la manera en la que estos diagnósticos son clasificados tenga sentido clínico (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Es de gran importancia abarcar de forma integral todos los fenómenos disciplinares, servir de guía para los profesionales en su trabajo y validar la selección de los conceptos escogidos (Von Krogh, 2008). En este sentido, las taxonomías del ámbito de la salud deben comprender entre sus funciones (Von Krogh, 2011; en Herdman & Kamitsuru, 2015):

- Proporcionar una visión del área de conocimiento y de la práctica clínica de una profesión específica.
- Organizar los fenómenos del área de conocimiento refiriéndose a los cambios de salud, procesos y mecanismos de interés para los profesionales.
- Mostrar conexiones lógicas entre los factores que pueden ser controlados o manipulados por los profesionales de la disciplina.

Siguiendo estas premisas, se puede argumentar que la taxonomía II de NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2015) está pensada para que cumpla con las siguientes funciones:

- Proporcionar un mapa cognitivo sobre el conocimiento de la disciplina enfermera.
- Comunicar el conocimiento, las perspectivas y las teorías enfermeras.
- Proporcionar estructura y orden al conocimiento enfermero.
- Servir como instrumento para apoyar el razonamiento clínico de las enfermeras.
- Proporcionar una organización de los DE en los sistemas electrónicos.
- Ayudar a desarrollar el currículo formativo del grado en Enfermería.

La importancia de los sistemas de clasificación ha sido internacionalmente reconocida. Tienen como fundamento incorporar conceptos relacionados jerárquicamente, atendiendo a normas taxonómicas orientadas a la síntesis y, simultáneamente, a la agregación conceptual. De esta manera conforman una configuración estructural de alta complejidad, por lo que su utilidad para la práctica profesional es cuestionada. Entre otras cuestiones, se ha expuesto que muestran un elevado nivel de abstracción conceptual, lo que puede dar lugar a imprecisiones en la prestación directa de los cuidados (Juvé, 2016).

Con todo ello, no siempre es sencillo que las taxonomías puedan cumplir con el cometido de informar de forma adecuada acerca de los problemas de los pacientes; el uso y registro de la actividad enfermera con estos lenguajes no es por sí mismo un argumento suficiente para denotar el conocimiento específico y autónomo de las enfermeras.

Por otro lado, los sistemas sanitarios modernos están sometidos a un alto nivel de informatización. Así, una parte importante de los registros enfermeros, se realizan usando lenguajes controlados (Carrington, 2008). Esta circunstancia mejora sus potencialidades para evaluar los registros enfermeros; lo que permite medir la calidad de la información sobre las intervenciones realizadas y los resultados alcanzados (Müller-Staub et al., 2006).

El auténtico valor de los lenguajes enfermeros, más allá de la capacitación para la interoperabilidad, la normalización de la práctica asistencial o la aportación de registros a través de los que evaluar la actividad profesional, se sitúa en su capacidad para identificar, comunicar y solucionar los problemas de salud hallados en los individuos, lo que otorga la facultad para intercambiar esta información con otros profesionales en el seno del equipo de salud o con los propios sujetos. resuelve o minimiza sus problemas de salud mediante la prescripción de intervenciones precisas, intrínsecas a la capacidad competencial de cada uno de los integrantes del equipo transdisciplinar.

## 5.2. Clasificaciones propias de la disciplina enfermera

Los sistemas de clasificación para diagnósticos enfermeros surgen con la finalidad de organizar los problemas específicos de la Enfermería (Ibáñez Alfonso et al., 2005). Constituyen una base científica (Moorhead et al., 2012) a partir de la que se crea un marco de conocimientos destinado a acelerar de forma definitiva un soporte teórico para la práctica clínica (Blegen 1997; en Mateos-García, 2017), permitiendo estandarizar y unificar criterios profesionales que favorezcan una atención integral y de calidad al individuo, familia y comunidad (García-Tafolla et al., 2006). De esta manera, el desarrollo disciplinar se ha fundamentado en la premisa de que *“si no tenemos lenguaje propio no existimos”* (Watson, 2006).

El uso de terminologías propias de la disciplina enfermera ha sido variable en los distintos contextos internacionales. La intensidad con la que se ha usado cada uno de ellos se evidencia en la literatura científica. El 72% de estos estudios ha utilizado NANDA-I o su combinación con NOC y NIC, erigiéndose como el sistema mayoritario en el contexto internacional. El resto de clasificaciones se reparten, de forma variable, un menor interés entre los investigadores: OS 9,6%, ICNP 7,1%, CCC 1,6% y PNDS 1,6%. El uso combinado de 2 o más sistemas terminológicos ha sido descrito en el 8% de los casos (Tastan et al., 2014).

### 5.2.1. Omaha System

OS es un sistema taxonómico jerarquizado, fue creado en 1970 para apoyar a las enfermeras visitadoras de Omaha (Nebraska, USA) en la identificación y registro



de los problemas de salud de pacientes con criterios de atención domiciliaria. Reconocido por la ANA desde 1992, OS se basa en una rigurosa investigación que ha apoyado su evolución.

Entre 1975 y 1993 ha sido desarrollada a modo de teoría de rango medio en dos tiempos:

- Entre 1975 y 1986, varios proyectos de investigación fueron financiados por la División de Enfermería del US *Department of Health and Human Services* (DHHS) con la finalidad de desarrollar y perfeccionar el contenido de OS.
- Entre 1989 y 1993 se llevaron a cabo nuevas investigaciones empíricas diseñadas para establecer la confiabilidad, la validez y la usabilidad de OS. Mediante estos estudios se enviaron datos basados en la práctica clínica, no en la revisión retrospectiva de registros.

Ha sido empleada en distintas experiencias para el establecimiento de evidencias sobre la interoperabilidad de datos entre distintos sistemas informatizados basados en la consigna y evaluación de estos registros profesionales (Keenan et al., 2018; Westra, Oancea, Savik, & Dorman Marek, 2010).

La estructura de OS incluye tres ejes (Topaz et al., 2014). El primero agrupa los problemas de las personas; el segundo las intervenciones, en el que se incluyen los planes de cuidados; el tercero la evaluación de los resultados alcanzados.

El eje Problema se estructura de forma jerarquizada. Consta de 4 niveles de abstracción (Erdogan & Esin, 2006; Omaha System, 2019):

1. El primer nivel es el más general; incluye 4 dominios: (a) entorno, (b) psicosocial, (c) fisiológico y (d) hábitos saludables.
2. El segundo nivel cuenta con 42 áreas de preocupación o problemas de los pacientes.
3. El tercer nivel incluye modificadores de estos problemas de salud: (a) promoción de la salud, (b) potencial y real, (c) individual, familiar y comunitario.
4. El cuarto nivel es el más específico; identifica los signos y síntomas para describir los problemas reales.

### 5.2.2. International Classification for Nursing Practice

ICNP (acrónimo en español: CIPE, Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera) es un sistema impulsado desde el año 1989 (con la versión Alfa publicada en 1996 y la versión Beta en 1999) por el ICN con la finalidad de constituir un estándar internacional que facilite la descripción y comparación de la práctica enfermera que permita promover cuidados de calidad basados en la evidencia, así como proporcionar una terminología estructurada y definida en un marco donde los lenguajes y clasificaciones existentes puedan cruzarse para comparar los registros enfermeros (Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011).

Mantiene una configuración multiaxial y jerárquica que permite integrar los fenómenos, las acciones y los resultados de la Enfermería. Todo ello mediante una organización que responde a un sistema conceptual con enfoque ontológico formal (Jansen et al., 2016).

En relación a los fenómenos de Enfermería, incorpora los siguientes ejes (Coenen, 2003):

1. *Foco*: área o sector de atención de la práctica enfermera: ser humano o entorno.
2. *Juicio*: opinión clínica sobre el estado de un fenómeno, incluye la intensidad o el grado de manifestación del fenómeno: alteración, disfunción, adecuado, comprometido...
3. *Frecuencia*: número de casos o repeticiones de un fenómeno en un intervalo de tiempo: continuo, intermitente, frecuente...
4. *Duración*: longitud del intervalo de tiempo en el que ocurre un fenómeno: agudo, crónico.
5. *Topología*: región anatómica en relación con el punto medio. Grado de afectación: superior, derecha, total, parcial...
6. *Lugar corporal*: situación anatómica de un fenómeno: abdomen, arteria, axila...
7. *Probabilidad*: posibilidad de que ocurra un fenómeno tanto indeseable (riesgo) como deseable (potencial).

8. *Portador*: entidad que presenta o experimenta el fenómeno: individuo, grupo, familia, comunidad.

De esta manera, es posible constituir conceptualmente los fenómenos que determinan los DE. Un diagnóstico debe estar conformado de la siguiente manera:

- Un término del eje Foco.
- Un término del eje Juicio o del eje Probabilidad.
- Los términos de otros ejes tienen carácter optativo. Amplían o especifican el diagnóstico.
- Sólo puede utilizarse un término de cada uno de los ejes.

Esta estructura integra los elementos diagnósticos, de intervenciones y de resultados mediante una organización que responde a un sistema conceptual con enfoque ontológico formal (Jansen et al., 2016) y que ha sido constituido mediante un proceso de mapeo cruzado a través de la recopilación y comparación de la totalidad de los conceptos incluidos en las diferentes terminologías y clasificaciones reconocidas por la ANA, entre las que se incluye NNN (Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011), con la finalidad de sumar los esfuerzos realizados.

El uso de CIPE favorece que los conceptos del lenguaje local se crucen con los vocabularios y clasificaciones disponibles (Cardoso & Paiva, 2010), permitiendo la comparación de datos entre organizaciones, entre sistemas de salud y entre países; a través de los que se crean redes de trabajo que facilitan y coordinan proyectos de investigación y desarrollo (Coenen, 2003). Además de promover la disponibilidad y comparación de datos que proyecten y describan las tendencias en la provisión de tratamientos y cuidados enfermeros en los sistemas de información internacionales, CIPE pretende repercutir en la asignación de recursos a la población de acuerdo con sus necesidades basadas en DE, proporcionar datos apoyados en la evidencia dentro de los sistemas de información, estimular la investigación a través de la que se facilite la comparación con otras disciplinas afines, impulsar la interdisciplinariedad en las ciencias de la salud e influir en la formulación de políticas en materia de salud (Cho & Park, 2006; Coenen, 2003; Van de Castle et al., 2004).

### 5.2.3. Clinical Care Classification

CCC se originó de forma empírica a partir de un proyecto de investigación diseñado por Virginia Saba (Saba & Taylor, 2007) entre 1988-1991 como resultados de investigaciones para desarrollar un método que permitiera evaluar y clasificar a los pacientes determinando sus demandas y midiendo los resultados. La información sobre la práctica clínica se obtuvo a partir de los diagnósticos médicos del paciente y los servicios proporcionados por las enfermeras durante el proceso de enfermedad; de esta manera, para identificar los DE se realizó una evaluación de la razón principal por la que un paciente necesitaba atención tanto médica como enfermera, los resultados de la atención enfermera así como las intervenciones proporcionadas durante el episodio clínico.

Es una terminología codificada y estandarizada que se presenta como un modelo de información diseñado para documentar electrónicamente la práctica clínica enfermera; está conformado por dos terminologías interrelacionadas, por un lado los diagnósticos y resultados, y por otro lado las intervenciones enfermeras (Feng et al., 2013). Su estructura jerarquizada consta de 4 niveles:

- En el nivel superior se sitúan 4 patrones relacionados con el cuidado de la salud: fisiológico, psicológico, funcional y comportamiento saludable.
- En el segundo nivel se encuentran 21 clases o componentes del cuidados: actividad, afrontamiento, autoconcepto, autocuidado, cardíaco, ciclo vital, comportamiento saludable, eliminación urinaria, gastrointestinal, integridad cutánea, medicación, metabólico, neuro/cognitivo, nutricional, perfusión tisular, regulación física, respiratorio, roles de relación, seguridad, sensorial, volumen de fluidos.
- En el tercer nivel los conceptos: 176 diagnósticos, 804 intervenciones y 528 resultados.
- En el último nivel se sitúan los elementos calificadores:
  - 3 calificadores de resultado: mejorado, estabilizado o deteriorado.
  - 4 calificadores de intervención: monitorizar, realizar, enseñar o manejar.

Las asignaciones conceptuales establecidas con otras clasificaciones ha mostrado que más de un 75% de sus conceptos puede ser mapeado con otras terminologías (Feng & Chang, 2015).

### 5.3. Clasificaciones con orientación multidisciplinar

Estos sistemas terminológicos pretenden establecer interoperabilidad semántica a través del intercambio de información, sin perder su significado; mejoran la comunicación asistencial y los registros electrónicos, aportando datos codificados relevantes y disminuyendo los errores del sistema.

#### 5.3.1. Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms

SNOMED-CT es la terminología multidisciplinar en ciencias de la salud más completa del mundo. El proyecto SNOMED se inició en el año 1965 como una terminología sistematizada sobre patología; entre 1999 y 2002 comenzó la fusión conceptual de distintos sistemas terminológicos, que culminó con el desarrollo de SNOMED-CT. Desde el año 2007 es promovida por la International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO), como organización líder en registros electrónicos para el desarrollo de un lenguaje clínico global del cuidado de la salud a través de la colaboración internacional.

Presenta una estructura multiaxial conformada por numerosas jerarquías, diseñada para que los distintos estamentos profesionales la puedan utilizar (Millar, 2016). Es una terminología clínica completa cuyos dominios comprenden todas las estructuras del cuerpo humano, los procedimientos clínicos y otros aspectos relacionados con la salud, incluyendo el contexto social de las personas (Caldón et al., 2010). Cubre todos los espectros terminológicos y semánticos de la actividad clínica, por lo que no se centra solo en enfermedades. Hace uso de mapas mentales fundamentados en estándares de normalización con una estructura interoperativa de los conceptos que precisan los distintos profesionales, tanto en el aspecto general de la atención a la salud como en las esferas específicas de las distintas disciplinas.

SNOMED-CT consta de cuatro componentes principales:

- *Código*: códigos numéricos que identifican los términos clínicos, primitivos o definidos, organizados en jerarquías.

- *Descripción*: descripciones textuales de los conceptos.
- *Relaciones*: relaciones entre códigos de conceptos que tienen un significado relacionado.
- *Conjuntos de referencia*: se utilizan para agrupar conceptos o descripciones en conjuntos, incluidos conjuntos de referencia y mapas cruzados con otras clasificaciones y estándares.

Cada concepto de SNOMED-CT tiene un identificador numérico único, permanente y no reutilizable denominado *ConceptID*. La secuencia de dígitos de un *ConceptID* no transmite información alguna acerca de su significado o naturaleza. El significado de cada uno de estos conceptos se representa mediante descripciones legibles. Estos conceptos se definen formalmente por sus relaciones con otros cuyos significados están vinculados o relacionados, incluyendo conjuntos de referencia y mapas cruzados entre distintas clasificaciones y estándares.

### 5.3.2. Logical Observation Identifiers Names and Codes

LOINC es una terminología con estructura multiaxial utilizada en el ámbito médico para determinar mediciones y observaciones clínicas de laboratorios, signos vitales o documentos clínicos; tiene como finalidad dar respuesta a las demandas de los sistemas de intercambio electrónico de datos desde los laboratorios hacia los centros sanitarios. En el proceso de intercambio estandarizado de datos clínicos, LOINC se utiliza para identificar la solicitud o la pregunta clínica formulada en relación a una observación, prueba o medición. Cuando los resultados a estas observaciones clínicas no se resuelven de forma cuantitativa, con valores numéricos y unidades de medida asociadas, es necesario utilizar la codificación de otros estándares para representar esta respuesta. De esta manera, LOINC y SNOMED-CT se convierten en sistemas complementarios; el primero identifica la pregunta formulada en relación a una observación, mientras el segundo representa la respuesta.

LOINC crea códigos diferentes para cada prueba, medición u observación con el objetivo de que tengan significados clínicamente diferentes. Estos códigos se estructuran en seis dimensiones:

- *Analito*: sustancia o entidad que se mide u observa.

- *Propiedad*: característica o atributo del analito.
- *Hora*: intervalo de tiempo en el que se realizó la observación.
- *Muestra*: espécimen u objeto sobre el que se realizó la observación.
- *Escala*: cuantificación o expresión del valor observado: cuantitativo, ordinal, nominal.
- *Método*: se especifica, con carácter opcional. Es necesario en los supuestos en los que se emplea una técnica de determinación que afecta a la interpretación clínica de los resultados.

LOINC y SNOMED-CT posibilitan el abordaje conjunto al paciente haciendo uso de los distintos datos clínicos generados a lo largo del espectro de salud-enfermedad. Han sido consideradas de referencia por incluir y relacionar los contenidos de múltiples terminologías para el intercambio de datos dentro de los sistemas de información (Westra, Delaney, Konicek, & Keenan, 2008).

### 5.3.3. Alternative Billing Concepts Codes

ABC-Codes ha sido diseñado para completar la computarización de la documentación clínica de origen médico. Incorpora la medición de servicios de salud proporcionados por profesionales que no son médicos, así como los procedentes de los servicios de medicina alternativa utilizados por estos profesionales de la salud; todo ello con el objetivo de posibilitar una interoperabilidad integral y holística. ABC-Codes complementa los códigos médicos convencionales, principalmente en los sistemas privados de salud, con la finalidad de automatizar el reembolso económico. También tiene aplicaciones para la investigación comparativa (Dumoff, 2002). Desde el año 2000, ABC-Codes incluye los servicios reconocidos por la ANA como terminologías proporcionados por enfermeras de práctica avanzada.

### 5.4. Lenguajes enfermeros de interfase

Los lenguajes enfermeros de interfase son lenguajes normalizados, sistematizados y organizados que aproximan la distancia conceptual entre los términos incluidos en los sistemas de clasificación de referencia y el lenguaje natural usado por los profesionales en su práctica asistencial. La incorporación de estas terminologías facilita la entrada de datos en los sistemas de información y contribuye a

garantizar los *outputs*, estableciéndose una relación simbiótica que facilita el registro sobre el proceso de cuidados.

En palabras de Juvé i Udina (2016), *“las clasificaciones enfermeras desarrolladas han sido incorrectamente utilizadas en la práctica como terminologías de interfase y esto ha generado un cierto grado de confusión interprofesional y múltiples dificultades para el mantenimiento de su implantación ... la percepción de las enfermeras es que estos vocabularios son extremadamente abstractos y no reflejan adecuadamente su práctica clínica ni contribuyen a describir correctamente el estado o la evolución de los pacientes. ... La falta de sistematización de los términos en un caso y el uso de lenguajes sistematizados pero que no reflejan correctamente los fenómenos de la práctica en el otro, dificultan la inclusión de la información enfermera en estas bases de datos”*. Por todo ello, *“...puede ser conveniente y apropiado, introducir una terminología enfermera de interfase que facilite el registro del proceso de prestación de cuidados”*.

En la actualidad, ATIC (acrónimo de: Arquitectura-Terminología-Interfase (Infermería/Información)-Conocimiento) (Juvé i Udina, 2016) ha sido identificada de forma destacada entre estos lenguajes de interfase. Ha llegado a convertirse en una terminología reconocida por el Consejo General de Enfermería en España, erigiéndose en la terminología de interfase con mayor proyección internacional. Muestra utilidad para la precisión y exhaustividad clínica (González-Samartino et al., 2018; Juvé et al., 2015; Juvé, 2013) de las enfermeras en la identificación y resolución de los problemas de salud de las personas.

ATIC es, por tanto, una terminología estandarizada orientada a los conceptos, puesto que no se limita a un listado normalizado de términos, sino que incluye significados y contextualización. Posee una estructura multiaxial conformada por tres ejes: Diagnóstico, Intervención y Valoración, que se complementan con otros 9 ejes secundarios: beneficiario de los cuidados, foco, juicio, acciones, localización, potencialidad, productos y sustancias, presentación y otros atributos. Muestra mayor grado de especificidad que otras nomenclaturas y clasificaciones de referencia, que constituyen los vocabularios de salida. Está basada en las expresiones terminológicas del lenguaje natural empleado habitualmente por los profesionales en su práctica clínica, con fundamentación científica, refinamiento



teórico y optimización para su uso en los sistemas de información. Ha sido validada para facilitar la representación de las observaciones sobre el estado de salud, los juicios clínicos sobre diagnósticos y resultados, así como las intervenciones enfermeras (Juvé i Udina, 2016).

La proyección multidisciplinar de todos estos sistemas de clasificación constituye una opción para mejorar la comunicación interdisciplinar sobre los problemas de salud de los individuos, favoreciendo la interoperabilidad de los datos. Ofrece inmensas oportunidades para la evaluación de resultados a nivel mundial, con la certeza de una transmisión de resultados fiables entre los distintos agentes de salud. Estos lenguajes constituyen el eje conceptual necesario para paliar la ausencia de interoperabilidad resultante del uso de sistemas de clasificación y terminologías que, por un lado mantienen un nivel de abstracción elevado que dificulta concretar la identificación y posterior resolución del problema de salud y por otro lado vehicula las mejoras en la capacidad investigadora, evaluadora y de validación de resultados en la salud de la población.

### **5.5. Validación diagnóstica**

Las terminologías deben responder a procesos formales de evaluación de validez y fiabilidad para su aplicación clínica con criterios de calidad sobre los distintos aspectos constitutivos del sistema clasificatorio (Oliveira-Kumakura et al., 2018). En este sentido, un diagnóstico deberá ser válido en la medida en la que está fundamentado en la evidencia.

Cuando se refiere a la validación diagnóstica, en principio cabría hablar de validez (Cañón-Montañez & Rodríguez-Acelas, 2010). El término validez denota la utilidad científica de un instrumento para medir lo que pretende medir; para ello se requiere que siempre esté avalada por investigaciones empíricas (Carvajal et al., 2011) que describan la realidad que puede ser observada (Gordon, 1996). La validez es, en sí misma, un proceso unitario por el que se realizan inferencias e interpretaciones correctas para establecer la relación con el constructo o variable que se quiere medir (Martín Arribas, 2004). Para determinar la validez de los

diagnósticos en el contexto de las terminologías y clasificaciones enfermeras es posible recurrir a distintas tipologías:

- *Validez inductiva*: proceso de análisis conceptual para identificar los atributos, antecedentes y consecuentes de los DE (Rodríguez-Acelas & Cañón-Montañez, 2015). Esta validez es esencial en la etapa prediagnóstica, en la que las valoraciones deben estar acordes a la conceptualización y fundamentación filosófica explícita de los constructos metaparadigmáticos (Juvé i Udina, 2016), modulada por procesos de reflexividad epistemológica que otorguen rigor, credibilidad y confiabilidad de los datos y su interpretación para el juicio diagnóstico (Juvé i Udina, 2012).
- *Validez aparente o lógica*: mide el grado de adecuación con el que los conceptos diagnósticos parecen referirse a lo que se proponen, según la opinión de expertos (Carvajal et al., 2011), concurriendo una clara conciliación de los elementos de la clasificación para identificar los problemas de salud.
- *Validez de contenido*: evalúa si los contenidos de la clasificación abarcan todas las dimensiones implicadas en el constructo y la abstracción conceptual (Orts-Cortés, 2011) del fenómeno al que se dirige el DE. Implica utilizar técnicas cualitativas con paneles de expertos que han de tener claro los aspectos conceptuales a calibrar; tiene como finalidad depurar correctamente los contenidos diagnósticos para la medición del fenómeno estudiado (Carvajal et al., 2011).
- *Validez de criterio*: es el grado de correlación entre un instrumento y una medida de referencia, estándar o regla de oro, de la variable estudiada. La validez de criterio puede ser medida de manera concomitante o convergente y de manera predictiva (Carvajal et al., 2011). Así, en los procesos de validación diagnóstica es posible comparar de forma *concomitante* los resultados de la observación clínica de las CD de un fenómeno de interés usando escalas previamente validadas (Oliveira-Kumakura et al., 2018); del mismo modo, permite determinar de forma *predictiva* si un diagnóstico ostenta la veracidad conferida durante el proceso de valoración.

- *Validez de constructo*: evalúa el grado en que los contenidos diagnósticos están en concordancia conceptual con el fenómeno que se pretende medir (Martín Arribas, 2004). Es un proceso continuo que contribuye a entender el constructo diagnóstico a través de las sucesivas predicciones (Carvajal et al., 2011) que disponen la *convergencia* y *divergencia* de los juicios clínicos emitidos por los distintos profesionales en relación a la sensibilidad y especificidad diagnóstica. Por otra parte, para distinguir entre dos diagnósticos íntimamente relacionados podemos establecer *validez discriminante*, identificando el grado en el que las CD posibilitan determinar diferencias entre distintos DE. La validez de constructo también se relaciona con una *componente factorial* de interrelaciones multivariantes entre los distintos elementos de la clasificación diagnóstica, como sistema conceptual integral.
- *Validez clínica*: constituye una variante de la validez de contenido que permite evaluar si la lista de elementos del fenómeno, previamente validada por expertos, está respaldada además por los datos clínicos (Parker & Lunney, 1998). Implica un importante avance en el establecimiento de indicadores empíricos para la determinación de contenidos en los fenómenos enfermeros (Oliveira-Kumakura et al., 2018), ajustados a observaciones manifestadas y contrastadas. Se sustenta principalmente de estudios observacionales, estudios de prevalencia y series temporales retrospectivas (casos y controles) o prospectivas (cohortes) (Rodríguez-Acelas & Cañón-Montañez, 2015).
- *Validez probabilística*: atiende al análisis de contenido fundamentado en un modelo probabilístico de efecto para cada uno de los contenidos de la clasificación. Por ejemplo, en el caso de las CD, se comparan estudios en los que se incluyen todas las CD utilizadas para determinados DE; aquellas que se repiten mayoritariamente son las que, probabilísticamente, identifican mejor el problema de salud analizado (Oliveira-Kumakura et al., 2018).

Hasta el momento actual, el método mayormente empleado para mejorar la funcionalidad clínica de los DE se ha basado en el *modelo de Fehring*, propuesto en la década de los años 80 del siglo XX para la validación de contenido (Lopes Chaves

et al., 2009). Según este método, un diagnóstico es válido cuando está fundamentado en evidencias científicas con capacidad de oponerse a las críticas de las enfermeras. Este autor propuso identificar elementos que realmente suceden y se identifican en situaciones clínicas (Fehring, 1994; en Rodrigues Braga, 2013) exponiendo 3 niveles de validación:

- El primero corresponde con la validación de contenido a partir de una revisión bibliográfica sobre la producción científica de las CD y factores relacionados (FR) de los DE. Una selección de expertos utiliza escalas de medición codificadas con 5 ítems en las que se asigna valor probado a cada uno de los indicadores diagnósticos.
- Posteriormente se plantea la depuración de CD y FR utilizando nuevamente el consenso de expertos mediante la técnica Delphi. Este paso es opcional en el proceso de validación.
- Por último se calcula el peso específico de cada CD y FR representativas del diagnóstico en estudio.

Según este supuesto de validación clínica, se pretende obtener la mejor evidencia en el contexto clínico real, por la que se pueda fundamentar la necesaria exactitud para la práctica clínica enfermera (Lopes Chaves et al., 2009). No obstante, estos procedimientos de consenso grupal emplean un análisis de datos con metodología cualitativa, por lo que los niveles de evidencia aportados son bajos. Por otro lado, existe discusión acerca del número idóneo de expertos, así como los criterios para su selección (Rodríguez-Acelas & Cañón-Montañez, 2015).

De forma alternativa al modelo de Fehring, se describen variantes metodológicas para la validación de DE:

- *Modelo Avant y modelo Gordon-Sweeney*, utilizan una técnica retrospectiva de validación clínica con diagnóstico diferencial.
- *Modelo Hoskins*, realiza un análisis de los fenómenos con doble validación, por expertos y clínica (Lopes Chaves et al., 2009).
- *Modelo de Pasquali*, contribuye a la construcción y validación de contenidos relacionados con los DE desde la perspectiva teórica, empírica y analítica. Para ello se asienta en la fundamentación teórica y la definición de las propiedades del constructo así como sus contenidos, continuando con la

recolección de informaciones y análisis estadísticos de los datos (Medeiros et al., 2015).

En el supuesto de NANDA-I, la validez de la clasificación no debe plantearse solo en lo que respecta a la etiqueta (Craft-Rosenberg & Jirathummakoon, 2003), también debe determinarse la validez de sus indicadores diagnósticos. Para ello deben ser aplicados distintos procesos de traducción y de retrotraducción, puesto que los aspectos transculturales también están presentes en el lenguaje coloquial de las enfermeras (Hogston, 1997).

Otros elementos implicados en la validación diagnóstica refieren a:

- *Fiabilidad*: que designa estabilidad al diagnóstico; es decir, mide la constancia, el grado de concordancia y la armonía de los indicadores diagnósticos observados en repetidas ocasiones por distintos profesionales (fiabilidad interobservador); o distintos individuos sobre los que un mismo profesional describe de forma concordante características equivalentes (fiabilidad intraobservador) (Gordon, 1996).
- *Factibilidad*: hace referencia a la viabilidad de los diagnósticos, por la que son aplicados con claridad, sencillez y temporalidad adecuada, implicando registro e interpretación en el contexto profesional.

Estas propuestas de validación han sido esenciales para el desarrollo y consolidación de los DE. Sin embargo, es necesario desarrollar nuevos métodos que incorporen estudios transversales y clínicos, coherentes con una práctica basada en la evidencia para probar su validez clínica, involucrando e imbricando la validación conceptual y clínica (Rodríguez Braga, 2013).

## 5.6. Evidencia científica

En la práctica enfermera, se maneja con bastante frecuencia evidencia respaldada en criterios médicos. Esta circunstancia es consecuencia de la baja jurisdicción que tiene la disciplina enfermera sobre el cuerpo teórico de conocimientos propios para la toma de decisiones. Existe una disociación entre el discurso disciplinar y las exigencias para la práctica profesional, lo que dificulta el desarrollo del

conocimiento y la práctica como elementos imprescindibles para la evolución de la Enfermería. Cuando sea eliminada esta disociación, el trabajo de las enfermeras podrá ser más efectivo y reconocido en el seno de los equipos interdisciplinarios, llegando a convertirse en una disciplina con capacidad para ampliar sus perspectivas. Tampoco es posible esperar la autonomía en la práctica enfermera mientras el conocimiento que la sustente sea ajeno; no se puede esperar interacción con otros profesionales, si no se garantiza el rol específico, si los conocimientos no son consistentes ni están sustentados en la ciencia del cuidado (Durán de Villalobos, 2018).

La práctica basada en la evidencia (PBE) constituye una forma genérica de aplicar de forma consciente, explícita y juiciosa la mejor evidencia científica clínica disponible para apoyar la toma de decisiones sobre el cuidado individual. Todas las disciplinas relacionadas con la salud han adaptado su práctica profesional a estos conocimientos generados por la investigación científica de calidad, incorporando la experiencia asistencial, las demandas y valores de las personas y los recursos existentes para obtener menor variabilidad en la práctica clínica (Alcolea Cosín et al., 2003). En el contexto internacional, actualmente, esta competencia para la PBE no constituye el estándar de la atención a la salud; existen múltiples barreras que impiden a los profesionales implementarlas consistentemente, entre las que destacan (Melnik et al., 2018):

- Conocimiento y habilidades inadecuadas resultantes de las barreras académicas y formativas.
- Culturas asistenciales impregnadas de prácticas tradicionales.
- Falta de percepción sobre la necesidad de aplicar una PBE en los profesionales por el tiempo que conlleva involucrarse; en los gestores y líderes por no apoyar la adopción de modelos de gestión fundamentados en PBE.

En la actualidad, se ha extendido la aseveración que relaciona PBE con la utilización de lenguajes normalizados, como necesidad imperiosa en todas las fases del PE. Al contrario de lo que ocurre con las evidencias científicas, pensar que el uso de taxonomías aporta rigor metodológico a los resultados y modifica las pautas

de salud de los usuarios es, probablemente, una falacia. Las taxonomías son herramientas estáticas que no aportan, necesariamente, avances en el conocimiento. En general, las taxonomías no pueden ser consideradas un lenguaje vivo sino más bien académico, caracterizadas por una terminología abstracta, poco práctica, inefectiva, que consume mucho tiempo y que ofrece pocos beneficios para el cuidado de las personas. En este orden, se han comprobado que las enfermeras emplean en sus registros clínicos términos que difieren de los consignados en las publicaciones científicas (Fritz Frauenfelder et al., 2016). Una de las deficiencias que es preciso solucionar está en el hecho de que la mayor parte de los estudios que abordan terminologías enfermeras han sido realizados usando metodologías que aportan bajo nivel de evidencia (NDE). En este orden, una revisión de estudios realizados con NANDA-I ha mostrado que, de un total de 169 publicaciones, 120 han sido con diseños observacionales o cualitativos; pocos han empleado diseños de intervención y escasos estudios han incluido correlaciones de variables (Tastan et al., 2014).

La legitimación científica en relación al desarrollo y validación de los DE es una exigencia. Con la finalidad de favorecer esta circunstancia, NANDA-I ha establecido criterios para determinar el NDE, interponiendo una categorización que determina el grado de desarrollo científico respecto a cada uno de los diagnósticos, tal como se describe en la Tabla 4.

**Tabla 4. Criterios de nivel de evidencia de NANDA International**

Nivel		Subnivel		Observaciones
1	Recibido para desarrollo	1.1	Solo etiqueta	Etiqueta clara, apoyada por referencias
		1.2	Etiqueta y definición	Definición consistente con la etiqueta; ajustada a la definición de DE
		1.3	Nivel teórico	Proporciona: Definición, Características definitorias, Factores relacionados, de riesgo, referencias teóricas. Se acepta opinión de experto para justificar la necesidad del diagnóstico
2	Aceptado para publicación e inclusión en la taxonomía	2.1	Etiqueta, Definición, Características definitorias, Factores relacionados, Factores de riesgo y Referencias	Citan referencias para los contenidos y la definición
		2.2	Análisis conceptual	Cumple criterios 2.1. Requiere revisión descriptiva de la literatura que demuestre la existencia de cuerpo de conocimientos sustantivo subyacente al DE
		2.3	Estudios de consenso relacionados	Cumple criterios 2.1.

			con el uso del DE por expertos	Estudios con metodología de opinión de experto (Delphi...) sobre los componentes del DE
3	Fundamentación clínica	3.1	Síntesis de la literatura	Cumple criterios 2.2. Revisión integrada de la literatura; aporta los términos MeSH
		3.2	Estudios clínicos no generalizables con muestra no aleatoria	Cumple criterios 2.2. Estudios cualitativos y cuantitativos. Incluye descripción de estudios relacionados con el DE
		3.3	Estudios clínicos bien diseñados con muestra aleatoria de pequeño tamaño	
		3.4	Estudios clínicos bien diseñados con muestra aleatoria de suficiente tamaño y generalizables	

Fuente: Adaptación a partir de Herdman & Kamitsuru, 2015

Esta categorización del NDE no solo establece un punto de partida para las distintas propuestas de desarrollo cuantitativo de NANDA-I, sino que ordena las exigencias para acometer el proceso cualitativo de investigación de los conceptos incluidos. Según el cuadro de criterios advertidos por el Comité de Desarrollo Diagnóstico (CDD) de NANDA-I descrito anteriormente, dos de las variables se constituyen en requisitos mínimos para elevar el NDE. Por un lado, la existencia de literatura científica con la que referenciar tanto los indicadores como la definición del DE (NDE: 2.1). Por otro lado, su análisis conceptual (NDE: 2.2), que exige un cuerpo de conocimientos sustantivo en relación al DE desarrollado. Este precepto debe ser suficiente para que los conceptos incluidos en NANDA-I se ajusten a los principios teóricos de la Enfermería, si bien la ponderación con la que se decide incluir, mantener, modificar o retirar los DE no está completamente refinada.

## 6. NANDA International

La marca con la que conocemos esta clasificación ha ido evolucionando desde sus inicios. Con anterioridad al año 2002, "NANDA" era el acrónimo de North American Nursing Diagnoses Association. En 2002, la denominación oficial cambió a NANDA International y a partir de 2011 se modificó nuevamente, pasando a denominarse *NANDA International, Inc.* Según expone NANDA-I, su propósito es contribuir al apoyo global y enérgico para que las enfermeras puedan desarrollar, refinar y promover una terminología que refleje con precisión sus juicios clínicos, con el objetivo de llegar a convertirse en una fuerza a través de la que mejorar los cuidados de las personas; facilitando el desarrollo, refinamiento, difusión y uso de un léxico estandarizado para la toma de decisiones clínicas (NANDA-I, 2019).



El desarrollo de NANDA-I favoreció que la ANA formase el Collaborative Group on Taxonomies Classifications of Nursing Diagnoses para dar visibilidad a las enfermeras y proyectar la Enfermería con perspectiva multidisciplinar. Como resultado de este trabajo, se propuso incluir la taxonomía I de NANDA-I en la décima revisión de la CIE (CIE-10) como sistema idóneo para clasificar la práctica enfermera. No obstante, la OMS consideró más adecuado incluirla en el grupo de la Familia de Clasificación, en concreto el capítulo de Factores que influyen en el Estado de Salud y Contacto con los Servicios de Salud. Al mismo tiempo, la OMS recomendó incrementar los esfuerzos de NANDA-I para organizarse y trabajar su taxonomía diagnóstica a nivel internacional, aplazando su inclusión en posteriores ediciones (Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011).

En general, las terminologías enfermeras se estructuran como sistemas multiaxiales, con una estructura que incorpora los tres ejes del proceso asistencial: diagnósticos, intervenciones y resultados. No obstante, NANDA-I solo aborda la etapa diagnóstica, siendo preciso recurrir a NIC para las intervenciones y NOC para los resultados.

NIC es una clasificación normalizada y completa de intervenciones que realizan las enfermeras, en la que se incluyen tanto los tratamientos independientes como los administrados en coordinación con otros profesionales. Comprende cuidados, tanto directos como indirectos, a través de los que se faculta a estos profesionales para la resolución de los problemas de salud de las personas. Según se narra en la NIC (Butcher et al., 2018), *“la clasificación en su totalidad describe las competencias de Enfermería; sin embargo, algunas intervenciones de la clasificación también las realizan otros profesionales”*. Siguiendo este razonamiento, se debe considerar que NIC constituye un sistema multidisciplinar a partir del que profesionales de otras disciplinas tienen la capacidad de planificar y ejecutar actividades e intervenciones usando un sistema clasificatorio enfermero. Por otro lado, cabe destacar que NIC también incorpora intervenciones relacionadas con la capacitación para la toma de decisiones (Azzolin et al., 2013; Padilla-Zárata et al., 2013; Robles-Sánchez et al., 2015; Rojas-Sánchez et al., 2009) en el establecimiento y mantenimiento de la

autonomía, necesario para el desarrollo de competencias en EPS entre las enfermeras. Otro aspecto relevante de NIC consiste en su capacidad para determinar promedios de tiempo estimados en la ejecución de las intervenciones; con lo que aproxima una idea acerca de las retribuciones necesarias para la dotación y gestión de los servicios ofertados. Aunque esta potencialidad de gestión mantiene un sesgo de exhaustividad, la propia NIC reconoce que *“las estimaciones proporcionan un punto de inicio para estimar el tiempo necesario, el nivel necesario de formación del profesional y el coste de los cuidados de Enfermería”* (Butcher et al., 2018).

NOC contribuye a que las enfermeras y otros profesionales puedan evaluar y cuantificar el estado del paciente, del cuidador, de la familia o de la comunidad; centrándose en la medición de los resultados y monitorizando el progreso de los problemas de salud tras las intervenciones (Moorhead et al., 2018). Fue desarrollada con el objetivo de crear una estructura taxonómica de tres niveles similar a NIC. Muestra un planteamiento inductivo mediante análisis cualitativo tipo Delphi de similitud-desigualdad con el objetivo de facilitar su uso en los sistemas informáticos, crear grupos de datos enfermeros que puedan vincularse con las bases de datos de la asistencia sanitaria y facilitar la evaluación de los resultados esperados por el paciente para la mejora de la calidad asistencial. Todo ello, a través de indicadores de resultados, escalas de medida y puntuaciones reales registradas (Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011). NOC evalúa la efectividad de los cuidados enfermeros, centrando los resultados en la medición del estado de salud del individuo; aportando objetividad a la evaluación con una medición que puede ser a corto plazo (después de una intervención concreta) o a largo plazo (durante el curso de una enfermedad).

NOC está conformada por varios instrumentos que permiten aplicar sistematicidad al proceso de evaluación (Moorhead et al., 2018):

- *Indicadores de resultado*, son los elementos intermedios utilizados para determinar el estado de salud de las personas mediante la selección de indicadores importantes, representativos y relevantes para el resultado final.

- *Escalas de medición*, refrendan el estado de salud del individuo a través de la evaluación de los indicadores seleccionados mediante una gradación de 5 niveles, en la que 1 es la condición menos deseable y 5 la más deseable. La posterior codificación de estos valores numéricos permite etiquetar cualitativamente cada uno de los indicadores del estado salud del individuo. Para la evaluación de estos indicadores se recurre a la comparativa entre el estado actual del paciente y el de una persona sana con las mismas características, que actúa como referencia.
- *Puntuación del resultado*, se obtiene a través de las puntuaciones parciales de los indicadores. Aunque no existe una ponderación media o sumatoria, su valores proporcionan la evidencia necesaria para ayudar en la determinación de la puntuación global del individuo respecto al resultado final. Es posible establecer una puntuación diana del resultado que se desea alcanzar, lo que constituye una estrategia que permite evaluar la efectividad de la prescripción de cuidados planificada.

Esta triada para la evaluación metodológica sitúa a este sistema clasificador en una dimensión científica avanzada; por lo que se constituye en punta de lanza para liderar el camino de otros sistemas hacia el rigor científico que debe guiar a las disciplinas de las ciencias de la salud. Su aportación al desarrollo del conocimiento es trascendental para evaluar la calidad y efectividad de los cuidados e innovaciones enfermeras, así como su contribución al trabajo de los equipos interdisciplinarios.

### 6.1. Aspectos epistemológicos

La clarificación y concreción de los lenguajes enfermeros es uno de los pilares en los que debe fundamentarse el desarrollo de la Enfermería. Desde esta perspectiva epistemológica, las clasificaciones diagnósticas deben mostrar coherencia entre las Etiquetas diagnósticas y sus definiciones, así como un refinamiento de las CD que describen estos conceptos y una adecuación etiológico-competencial de los FR para la adecuada resolución de los problemas de salud. En este orden, la identificación con el conocimiento disciplinar es una de las lagunas que se deriva del uso de NANDA-I, afectando a la construcción de la identidad profesional. En palabras de Gordon (1996), *“si las únicas intervenciones de un diagnóstico son mirar*

*y notificar, es altamente probable que la alteración no sea un diagnóstico enfermero y no esté basada teóricamente en la Enfermería".* Según esta afirmación, las enfermeras deben ser capaces de resolver con autonomía los problemas de salud identificados como DE.

Desde una perspectiva teleológica, un DE no debe tener como finalidad reconocer e identificar las causas de las alteraciones funcionales u orgánicas específicas; tampoco debe limitarse o centrarse en cambiar la etiqueta de un diagnóstico médico. El diagnóstico médico y el DE se mueven en un marco tenso puesto que sus propósitos sobre los procesos de salud de las personas están relacionados. Sin embargo, el DE carece de ciertos ingredientes que dificultan por sí mismo su consideración como diagnóstico. En primer lugar, el DE se enmarca como una descripción de la conducta o actitud de un individuo más que como un juicio que correlaciona empíricamente causas y efectos. En segundo lugar, cuando un DE no está relacionado con alguna alteración biológica y no existe relación causa-efecto directa, se aproxima más una generalización empírica de ciertas circunstancias observables que a un juicio clínico basado en una ley causal. A partir de estas dos afirmaciones, se deduce que un DE que no identifica causalidad no tiene poder predictivo. La circunstancia por la que determinados DE no están basados en leyes causales implica que el razonamiento hipotético no sea solo cuestión de elegir y confirmar hipótesis, como sucede en Medicina. Como resultado de esta menor dependencia de las leyes causales, el razonamiento hipotético utilizado en Enfermería está débilmente apoyado por la evidencia disponible (Chiffi & Zanotti, 2014).

La característica esencial para formular un DE consiste en la descripción y categorización conceptual de los fenómenos que suceden a las personas con las teorías enfermeras (Von Krogh, 2008). Atendiendo a los ejes conceptuales con los que se formulan las Etiquetas diagnósticas de NANDA-I para determinar su identidad con la disciplina enfermera, se ha estimado que menos del 23% de los DE identifican el metaparadigma enfermero (Rivera Romero et al., 2013). En este orden, desde el origen de NANDA-I se ha procedido a identificar, incluir y denominar como DE los problemas de salud que las enfermeras han manifestado

que venían diagnosticando y tratando en su práctica habitual (Gordon, 2000). Es necesario realizar estudios para determinar con mayor precisión la naturaleza de esta vinculación hacia los conceptos centrales de la disciplina.

Desde una perspectiva crítica, se acepta que NANDA-I esté orientada hacia la práctica, aunque carezca de los requisitos epistemológicos para un juicio diagnóstico adecuado. En este sentido, un DE debe ser mucho más que un mero algoritmo descriptivo. Para mejorar la calidad en la toma de decisiones clínicas, los distintos instrumentos de valoración y evaluación algorítmicos y taxonómicos pueden ayudar a respaldar los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la salud, siempre que estén fundamentados en el conocimiento científico y la competencia clínica a través del reconocimiento de su adecuación causal. No obstante, cuando coexistan hipótesis divergentes con sintomatología ambigua, estas enfermeras deben desarrollar procesos de pensamiento crítico y razonamiento lógico y sólido de manera ineludible. En conclusión, los diagnósticos médicos y enfermeros mantienen diferentes objetivos; un diagnóstico médico identifica una desviación patológica de una norma, mientras que un DE juzga la existencia de un potencial de mejora para la capacidad de autocuidado (Chiffi & Zanotti, 2014).

## 6.2. Aspectos normativos

Entre las condiciones necesarias que debe comprender un sistema taxonómico con estructura jerarquizada encontramos su adecuación normativa, a través de la que muestra una coherencia interior (Beckstead, 2009) que deriva de la imbricación de sus fenómenos de interés.

La morfología jerarquizada de un sistema clasificatorio permite agrupar, ordenar y codificar sus fenómenos durante el desarrollo de las teorías de primer nivel. Por ejemplo, la Química clasifica los elementos de la tabla periódica y la Medicina clasifica las enfermedades (Gordon, 1996). Esta categorización debe disponer de un sistema lógico para la distribución coherente de sus fenómenos, como forma de estructurar sus conceptos y contenidos, lo cual está determinado por afinidad. En este sentido, es posible que NANDA-I cumpla en gran medida con los criterios clasificatorios (Müller-Staub et al., 2007).

El impulso, promoción, adaptación y reconocimiento internacional de NANDA-I ha sido factible como resultado de los refrendos otorgados por distintos organismos e instituciones (Herdman, 2011):

- *International Standards Organization (ISO) Reference Terminology Model for a Nursing Diagnosis*, a través de la que se ha revisado y comparado la calidad organizativa y estructural de la taxonomía.
- *National Library of Medicine (NLM)*, que señala las recomendaciones terminológicas para la atención a la salud mediante la incorporación de codificaciones descontextualizadas con 5 dígitos.
- *Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII)*, que marca los criterios que debe incorporar una clasificación enfermera en cuanto a utilidad, validez, confiabilidad e interoperabilidad (Rutherford, 2008).
- *US Department of Health and Human Services, US Consolidated Health Information Initiative y United Kingdom's National Health Service*, por los que ha sido incluida en el SNOMED-CT como terminología estándar.
- *Health Level Seven International (HL7)*, organización para el desarrollo de estándares en el ámbito de la salud que persigue la interoperabilidad global, en el que ha sido registrada.

Más allá de estos reconocimientos, NANDA-I continúa exhibiendo algunas deficiencias en el aspecto estructural, por lo que muestra una presumible inexactitud de acomodación en la correlación con las teorías enfermeras.

### 6.2.1. Configuración estructural

La forma de organizar la clasificación ha ido evolucionando desde sus inicios. Atendiendo a las necesidades planteadas, ha evolucionado a partir de las sucesivas aportaciones realizadas con distintos enfoques conceptuales. En primera instancia, Callista Roy (1977) propuso estructurar los DE atendiendo al marco conceptual de la salud del hombre unitario en su interacción con el entorno, a partir del que se constituiría la Taxonomía I. Posteriormente, se produjo un cambio conceptual dotado de exigencias estructurales rigurosas, aunque con comportamientos dinámicos, hacia la Taxonomía II, que es definida como un “orden sistemático de

*fenómenos que definen el conocimiento de la disciplina enfermera*". Este sistema taxonómico está en constante crecimiento y evolución, por lo que a medida que el conocimiento en el área de estudio se desarrolla se ve afectada por cambios dramáticos (Herdman & Kamitsuru, 2015).

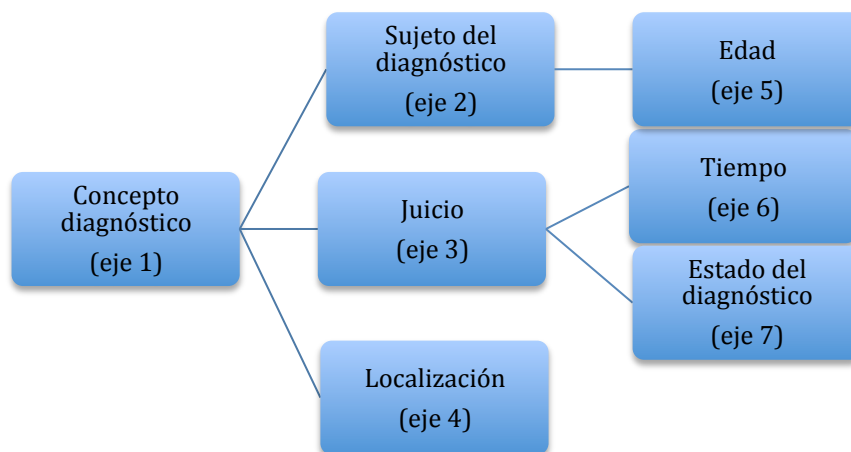
Un sistema taxonómico adecuadamente constituido debe estar conformado por categorías mutuamente *excluyentes*, en las que un fenómeno específico solamente pueda ser ubicado en una única categoría. Asimismo debe ser *exhaustivo*, de modo que la totalidad de los fenómenos con características de la misma clase deben estar incluidos en dicha categoría; también debe ser *homogéneo*, es decir, todos los fenómenos dentro de una categoría deben ser variaciones del mismo fenómeno o asunto (Von Krogh, 2008). De este modo, la estructura taxonómica podrá tener numerosos niveles de agrupación, pero siempre como mínimo tres. En la taxonomía NANDA-I esta organización muestra un diseño jerárquico con distintos niveles que pretenden la conjunción y ordenación de sus elementos:

- *Dominios*, entendidos como grandes grupos o esferas del conocimiento que constituyen niveles amplios de congregación en los que se dividen los fenómenos con características comunes, tratando de clasificarlos de manera clara, concisa y consistente (Herdman & Kamitsuru, 2015). Deben emplazarse con un nivel de abstracción que disponga un significado universal y no indique dirección o contenido específico.
- *Clases*, atienden a niveles intermedios que clasifican los fenómenos correspondientes a un mismo dominio en grupos, géneros o clases excluyentes que comparten atributos y características comunes, con lo que todos los fenómenos que comparten mismas características deberán clasificarse en la misma clase (Gordon, 1996) con la finalidad de identificar conceptos específicos de forma inmediata.
- *Conceptos*, corresponden con el nivel concreto del fenómeno individual para el que se requiere precisión, expresividad y consistencia semántica (Rosenbloom et al., 2008) por la que se minimiza cualquier ambigüedad (Stallinga et al., 2015). La construcción de un concepto diagnóstico es el resultado de la combinación de distintos elementos o ejes diagnósticos necesarios. En primer lugar, el núcleo diagnóstico (eje 1), que describe la

respuesta o experiencia humana. En segundo lugar, el sujeto del diagnóstico (eje 2), que puede ser un individuo, familia, grupo o comunidad. En tercer lugar, el juicio (eje 3), como descriptor o modificador que limita o especifica el significado del núcleo diagnóstico. Otros ejes que aportan precisión son la localización corporal y funcional (eje 4), la edad del sujeto (eje 5), el tiempo o duración del núcleo diagnóstico (eje 6) y el estado del diagnóstico (eje 7) que describe la existencia o potencialidad del problema de salud (Herdman, 2011) (Figura 7). Para la adecuada ubicación taxonómica, cada concepto diagnóstico debe disponer de un nombre o etiqueta diagnóstica, una definición clara y concisa y una codificación exclusiva. Las palabras empleadas para definir cada diagnóstico deben ser concordantes con el significado conceptual de la categoría y la lista de CD mayores o principales que definen al DE.

A partir de esta estructuración básica, la taxonomía debe establecerse sobre la base de una integridad de Dominio y correspondencia ontológica adecuada entre Dominios, Clases y Conceptos (Von Krogh, 2008).

**Figura 7. Diagrama estructural de un diagnóstico en NANDA International**



*Fuente:* Adaptación a partir de Herdman, 2011

De esta manera, NANDA-I está conformada por 13 Dominios que se organizan en 47 Clases (Tabla 5). Atendiendo a este criterio de organización se tamizan las



Etiquetas diagnósticas que conjuntamente con sus contenidos conforman los conceptos de la clasificación. En el caso de la versión 2015-2017 de NANDA-I involucra 235 DE.

**Tabla 5. Taxonomía II de NANDA Internacional: Dominios y Clases**

Dominios		Clases	
<b>Dominio 1</b>	Promoción de la salud	Clase 1	Toma de conciencia de la salud
		Clase 2	Gestión de la salud
<b>Dominio 2</b>	Nutrición	Clase 1	Ingestión
		Clase 2	Digestión
		Clase 3	Absorción
		Clase 4	Metabolismo
		Clase 5	Hidratación
<b>Dominio 3</b>	Eliminación/intercambio	Clase 1	Función urinaria
		Clase 2	Función gastrointestinal
		Clase 3	Función tegumentaria
		Clase 4	Función respiratoria
<b>Dominio 4</b>	Actividad/reposo	Clase 1	Sueño/reposo
		Clase 2	Actividad/ejercicio
		Clase 3	Equilibrio de la energía
		Clase 4	Respuestas cardiovasculares/pulmonares
		Clase 5	Autocuidado
<b>Dominio 5</b>	Percepción/cognición	Clase 1	Atención
		Clase 2	Orientación
		Clase 3	Sensación percepción
		Clase 4	Cognición
		Clase 5	Comunicación
<b>Dominio 6</b>	Autopercepción	Clase 1	Autoconcepto
		Clase 2	Autoestima
		Clase 3	Imagen corporal
<b>Dominio 7</b>	Rol y relaciones	Clase 1	Roles de cuidador
		Clase 2	Relaciones familiares
		Clase 3	Desempeño del rol
<b>Dominio 8</b>	Sexualidad	Clase 1	Identidad sexual
		Clase 2	Función sexual
		Clase 3	Reproducción
<b>Dominio 9</b>	Afrontamiento y tolerancia al estrés	Clase 1	Respuestas postraumáticas
		Clase 2	Respuestas de afrontamiento
		Clase 3	Estrés neurocomportamental
<b>Dominio 10</b>	Principios vitales	Clase 1	Valores
		Clase 2	Creencias
		Clase 3	Congruencia valores/creencias/acciones
<b>Dominio 11</b>	Seguridad/protección	Clase 1	Infección
		Clase 2	Lesión física
		Clase 3	Violencia
		Clase 4	Peligros del entorno
		Clase 5	Procesos defensivos
		Clase 6	Termorregulación
<b>Dominio 12</b>	Confort	Clase 1	Confort físico
		Clase 2	Confort del entorno
		Clase 3	Confort social
<b>Dominio 13</b>	Crecimiento/desarrollo	Clase 1	Crecimiento
		Clase 2	Desarrollo

Fuente: Adaptación a partir de Herdman & Kamitsuru, 2015

El primer componente de un DE es su etiqueta, nombre del problema o categoría. Además, las categorías que conforman la estructura taxonómica deben estar en concordancia con los conceptos usados en el seno de las teorías disciplinares puesto que aclaran la naturaleza de la práctica enfermera; es decir, el Dominio debe contener categorías obtenidas en los paradigmas teóricos enfermeros (Kim, 1994). En este sentido, los parámetros diagnósticos deben responder a conjuntos de señales cualitativamente distintas de otras disciplinas (Beckstead, 2009), con una base conceptual aplicada sobre fenómenos concretos que sirvan de modelos para considerar y organizar las observaciones empíricas. No obstante, los conceptos y etiquetas categóricas identificados por NANDA-I están aún en un estado inmaduro de desarrollo (Gordon, 1996). Por ejemplo, en la edición 2007-2008 de NANDA-I, n=153 (85%) DE versaban en torno al concepto *enfermedad* mientras que solo n=28 (15%) lo hacían en consonancia con el concepto *salud* (Ramos-Morcillo & Fernández-Salazar, 2012). Por ello, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa y el Comité de Revisión de Diagnósticos en conjunto con NANDA-I plantearon investigar y desarrollar mejoras en la extensión, alcance y utilidad clínica de la clasificación (Craft-Rosenberg & Jirathummakoon, 2003; García, 2007; Herdman & Gordon, 2000). Una década más tarde muchos de esos diagnósticos discrepantes continúan en vigor.

### 6.2.2. Indicadores diagnósticos

El simple conocimiento de la etiqueta y definición del DE no es suficiente para establecer el juicio clínico en relación al problema de salud. Es necesario conocer sus indicadores diagnósticos: CD y FR o Factores de riesgo (Fr).

Las CD “*son pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico*” (Herdman & Kamitsuru, 2015); constituyen los signos y síntomas que apoyan la precisión diagnóstica. Según Gordon (1996), concurren al “*valor o atributo del paciente, entorno o ambos que sirve como indicador de la condición descrita por las categorías*”, indicando la situación del individuo en relación a su estado de salud. Algunas CD son denominadas mayores o críticas debido a que están presentes en la mayoría de individuos aquejados de un fenómeno de salud,

siendo imprescindibles para declarar el diagnóstico. Otras CD, denominadas menores o secundarias, tienen el cometido de apoyar la confirmación del DE y aumentar la seguridad del juicio clínico; en los casos en los que el problema no es evidente, contribuyen a su verificación.

La tipificación inmediata de las CD mayores es trascendental para que las enfermeras puedan actuar con diligencia en su práctica asistencial, debiendo ser aprendidas en profundidad durante el período de formación académica. En la actualidad, *“se necesita una mayor investigación para determinar si las características definitorias de las categorías actualmente identificadas son descripciones válidas de las realidades encontradas en la práctica”*. Cada una de las CD debería ser concreta y mensurable por medio de la observación o las referencias del paciente (Gordon, 1996).

Los FR son conceptos explicativos que se usan para describir las probables causas que ocasionan o mantienen los problemas de salud (Gordon, 1996); hacen referencia a las etiologías, circunstancias, hechos o influencias relacionadas con el DE (Herdman & Kamitsuru, 2015) tales como comportamientos del individuo, elementos del entorno, o la interacción de ambos. Cuando las situaciones son previsibles pero no han ocurrido, los indicadores diagnósticos constituyen los Fr. En palabras de Herdman y Kamitsuru (2015), *“son factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad ... a sufrir un evento no saludable”*; en estos casos tales situaciones tienen alta influencia en el desencadenamiento del problema de salud (Gordon, 1996).

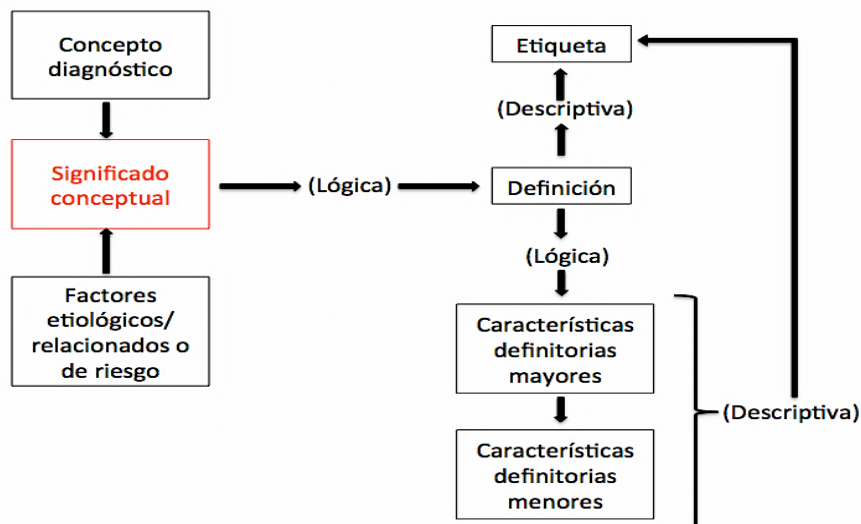
En este sentido, los FR constituyen la base para el establecimiento de las intervenciones, enfocadas a resolver el problema de salud. *“Siempre que sea posible, las intervenciones enfermeras deberían dirigirse a estos factores etiológicos de manera que se eliminen las causas subyacentes al diagnóstico enfermero”* (Herdman & Kamitsuru, 2015). En otros escenarios, las intervenciones enfermeras estarán dirigidas a reducir o eliminar el riesgo. No obstante, los FR de NANDA-I pueden describir *“condiciones o situaciones que no pueden resultar influidos por las intervenciones enfermeras y, por tanto, no son factores útiles en la práctica... La información es útil para el diagnóstico, pero no es el centro de la intervención”* (Gordon, 1996). Según estos argumentos, para que el problema de salud sea de la

competencia enfermera, el FR/Fr deberá ser modificable con autonomía por este profesional. Con todo ello, cuando la intervención enfermera no implica el primer procedimiento para solucionar o reducir la etiología o riesgo causante del DE, probablemente no constituya un DE. En estos casos, las enfermeras se encuentran con etiologías que no pueden ser modificadas con autonomía disciplinar, requiriéndose la participación de otros miembros del equipo interdisciplinar o la derivación al profesional competente. Tales FR y Fr no deben contribuir a un juicio clínico del que se desprenda como resultado un DE.

### 6.2.3. Coherencia interna

Conocer el significado conceptual de una categoría diagnóstica permite interpretar las observaciones clínicas, es decir, la síntesis del conocimiento teórico y empírico sobre el problema de salud. De esta manera se evitan los errores derivados de su aplicación. Debe existir concordancia interna o armonía entre el significado del concepto diagnóstico y sus elementos estructurales, tanto entre las partes que la conforman como en su globalidad (Gordon, 1996), según se describe en la Figura 8.

**Figura 8. Relaciones entre los componentes de una categoría diagnóstica**



Fuente: Gordon, 1996

NANDA-I está construida a partir del consenso alcanzado en reuniones periódicas en las que se han propuesto numerosos diagnósticos y realizado investigaciones para validarlos, a menudo mediante disertaciones (Beckstead, 2009) con limitado

o escaso rigor metodológico. Algunos DE necesitan ser mucho más precisos (Gordon, 1996), denotándose la necesidad de mejorar los procesos para su desarrollo y abarcar con perspectiva holística la salud de los individuos.

La tipología diagnóstica de NANDA-I identifica 3 categorías de DE (Herdman & Kamitsuru, 2015):

1. *Focalizados en el problema*: son los conocidos como diagnósticos reales; corresponden con un juicio clínico en relación a una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad a una afección de salud/proceso vital. Usados con formato PES, su formulación debe comenzar por la Etiqueta diagnóstica, seguido de los FR focalizados en el problema (relacionado con) y las CD (manifestado por).
2. *De riesgo*: son aquellos en los que se realiza un juicio clínico en relación a la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital. Se recomienda formular estos diagnósticos usando una etiqueta seguida del Fr y conectados con la expresión “relacionado con”. Dado que el problema no se ha presentado todavía, NANDA-I recomienda usar “manifestado por” para referirse a estos Fr cuando se use el formato PES.
3. *De promoción de la salud*: son juicios clínicos vinculados a la motivación y el deseo de las personas para aumentar el bienestar y la capacitación para un estado de salud óptimo. Los diagnósticos de promoción de la salud no requieren FR, puesto que no hay factor etiológico causante del problema de salud. En estos casos “*las CD proporcionan la evidencia del deseo del paciente de mejorar su estado de salud actual*”.

En relación a estas tipologías es preciso señalar algunas debilidades. En primer lugar, se considera que los DE de riesgo no siguen la lógica del diagnóstico real porque las condiciones presentes en el individuo no son conocidas, simplemente hay un juicio sobre posibles eventos futuros que podrían ocurrir o no (Chiffi & Zanotti, 2014). En segundo lugar, los DE de promoción de la salud describen procesos vitales o conductas generadoras de salud y de bienestar que han hecho surgir cuestiones acerca del enfoque clasificatorio. Existen autores que

argumentan que la conducta generadora de salud es un objetivo enfermero, no un diagnóstico. En contraste, otros autores argumentan que los DE describen algo más que problemas reales o de riesgo. En este sentido, el desarrollo de un sistema clasificatorio requiere un enfoque conceptual que asegure la consistencia de la clasificación dado que, por ejemplo, manzanas, perros y sillas no atienden a categorías que deban ser clasificadas conjuntamente. Este enfoque o marco conceptual proporciona consistencia a la clasificación diagnóstica (Gordon, 1996).

Por otra parte, las categorías diagnósticas descritas con anterioridad incorporan etiquetas denominadas *síndromes*; entendidas como un *“juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares”* (Herdman & Kamitsuru, 2015). Según la RAE, la definición de síndrome hace referencia al conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o un estado determinado (RAE, 2019b). En este sentido, la conceptualización que NANDA-I realiza de síndrome debería hacer referencia a las CD y no a Etiquetas diagnósticas cuya resolución versa en intervenciones similares.

Argumentos negativos sobre NANDA-I han planteado que teniendo en cuenta que las CD expresan los signos o síntomas que definen un diagnóstico (Beckstead, 2009), su organización es poco intuitiva dado que muestra incongruencias clasificatorias. Todo ello es debido a que dos DE pueden estar compuestos exactamente por el mismo conjunto de CD, lo que implica que taxonómicamente son el mismo diagnóstico; o pueden estar taxonómicamente relacionados por presentar cierto solapamiento de CD. En el otro extremo, puede que no compartan CD, en cuyo caso tales DE no están relacionados. Para identificar y agrupar taxonómicamente los DE que muestran cierta superposición de CD se ha constituido el nivel clasificatorio *Clase*, tal como se ha descrito anteriormente. En este sentido, los DE con “muchas” CD superpuestas deberán pertenecer a la misma *Clase*, los DE que comparten “pocas” CD deberán pertenecer a distinta *Clase*, aunque en el mismo *Dominio*; los DE que no comparten CD comunes deberán pertenecer a diferentes *Dominios* (Beckstead, 2009). No obstante, la propia NANDA-I ha expuesto que *“algunos Diagnósticos de Enfermería se prestan a sí*

*mismos a la colocación en más de un Dominio y Clase*” (Herdman, 2008) lo que reafirma que el sistema clasificatorio muestra deficiencias en su coherencia interna (Beckstead, 2009). Otra deficiencia se debe a la posibilidad de encontrar una situación en la que las respuestas del individuo, o al menos su esencia, no estén suficientemente recogidas en NANDA-I o puedan mostrarse duplicadas en distintos DE (Frauenfelder et al., 2016). En este sentido, se encuentran situaciones de superposición de signos y síntomas en diferentes DE (Lunney, 2003b; Paans et al., 2011).

Con la finalidad de mejorar estas incongruencias, se debe realizar una evaluación de la correspondencia entre los listados de CD recopiladas por NANDA-I y las que las enfermeras encuentran realmente relevantes y útiles, empleando métodos cuantitativos que determinen la coherencia interna de su configuración estructural (Beckstead, 2009).

Partiendo del principio por el que se despliega la exhaustividad clasificatoria, es preciso atenuar estas incongruencias detectadas. En las sucesivas ediciones de NANDA-I todavía se incluyen conceptos duplicados, ubicados simultáneamente en distintos niveles de abstracción, que responden paralelamente a distintas Etiquetas diagnósticas, FR/Fr o CD. También se observan distintas representaciones terminológicas que pueden referir a un mismo elemento conceptual.

### **6.3. Aspectos intuitivos**

La adecuación intuitiva es otro de los aspectos que debe estar presente en un sistema clasificatorio. Exhibe la adecuación cognitiva de los conceptos, complementando la adecuación estructural. Solo en la medida en la que una taxonomía es internamente coherente, corresponde bien a su universo previsto de situaciones, por tanto es intuitiva y podemos esperar que los usuarios la apliquen con éxito. Sin estas cualidades cualquier taxonomía tendrá valor limitado (Beckstead, 2009).

Las enfermeras perciben que NANDA-I no refleja adecuadamente su práctica clínica ni contribuye a describir correctamente el estado de salud de las personas (Juvé i Udina, 2016). En este sentido, NANDA-I posee partidarios y detractores.



Entre sus aspectos positivos se incluye la capacidad para enunciar criterios de actuación, constituir un marco único de referencia con una terminología común, promover la eficacia y delimitar la responsabilidad, identificar las respuestas de las personas, formular criterios de actuación, favorecer la profesionalización de la actividad enfermera, facilitar la explotación en un ámbito de conocimiento propio y determinar la sistematización y organización de los recursos. Entre sus aspectos negativos se expone la delimitación del trabajo enfermero, su insuficiente difusión como herramienta científica y la ausencia de recursos que promuevan la correcta elección entre diagnósticos (Rivera Romero et al., 2013). Otra debilidad de NANDA-I está relacionada con su limitación para determinar el pronóstico de tiempo (Chiffi & Zanotti, 2014) y recursos estimados precisos para resolver los problemas de salud. En relación a esta situación, un calificativo con el que describa con exactitud el juicio clínico podría constituir un elemento a implementar. Este *gradiente de intensidad del juicio clínico* implicaría una precisión adicional a la Etiqueta diagnóstica; auxiliando de forma trascendental la información disponible sobre el grado de afectación o intensidad del problema de salud. Todo ello se debe a que los descriptores o modificadores que identifican el juicio clínico (eje 3) (Anexo 1) son insuficientes para delimitar o especificar el nivel o grado de intensidad del foco del diagnóstico (eje 1) (Herdman & Kamitsuru, 2015). Estos dos ejes conjuntamente conforman el DE, pero no establecen una medida para graduar el nivel de afectación del problema identificado. Determinar el alcance minucioso de la gravedad del problema de salud es trascendental para la correcta planificación de las intervenciones y la predicción del rendimiento en los resultados de la salud de los individuos. Es imperioso establecer puntos de corte con los que objetivar el grado de afectación del eje diagnóstico que atañe al juicio clínico.

### **6.3.1. Adecuación cognitiva**

La adecuación cognitiva de NANDA-I está relacionada, en primera instancia, con su utilidad funcional para la práctica clínica. Por otra parte, también lo está con la aceptación que tiene entre los profesionales que la utilizan.



En relación a la utilidad funcional de NANDA-I, los argumentos principales de sus partidarios se sitúan en la posibilidad de vincular los DE a NIC y NOC, posibilitando su aplicación universal mediante la interrelación de las tres taxonomías (Smith & Craft-Rosenberg, 2010). Otros testimonios destacan las bondades del cambio de la taxonomía I, con estructura alfabética, a la taxonomía II, con estructura multiaxial, lo que ha permitido una mayor flexibilidad a los enunciados diagnósticos (Braga & Cruz, 2003). Esta configuración estructural ha reducido casi a cero los errores y las redundancias, perfeccionando las reglas para la selección de descriptores en los DE y acercando el sistema clasificatorio a una estructura taxonómica ideal (García, 2007) con progresos significativos en la articulación de los DE revisados y desarrollados (Herdman & Gordon, 2000).

Entre los detractores existen argumentos opuestos, principalmente porque el lenguaje y el marco conceptual adoptado ha sido descrito como abstracto y difícilmente entendible (Hogston, 1997; Juvé i Udina, 2012). La identificación de algunos problemas de salud presenta ciertos elementos de incertidumbre, en los que no existe la certeza de que el DE sea absolutamente válido. Esta circunstancia está determinada por distintos factores, tales como las deficiencias en la recogida de información, debido a barreras espacio-temporales o factores personales del profesional que realiza la valoración (Gordon, 1996). Por ello, es importante establecer elementos reguladores que limiten los errores en la formulación del juicio clínico. Casi la mitad de la precisión y exactitud diagnóstica se explica por factores tales como la identificación del formato PES, la experiencia de la enfermera o las habilidades para su razonamiento crítico y el análisis de datos (Paans et al., 2012).

Desde la perspectiva de su factibilidad, NANDA-I ha mostrado vacíos que afectan a su aplicación clínica; los principales argumentos han considerado diferencias contextuales entre los potenciales ámbitos de su aplicación y el contexto originario de NANDA-I. Por otro lado, se reprocha escasa claridad en el léxico utilizado para referirse a determinados conceptos diagnósticos (Carrillo & Rubiano, 2007).

En la competencia diagnóstica enfermera intervienen distintos factores. La experiencia clínica y el conocimiento de los DE se vincula con la aceptación

(Hasegawa et al., 2007), lo que ocasiona disparidad de opiniones y actitudes que influyen en la usabilidad de NANDA-I. Existen percepciones opuestas sobre la funcionalidad clínica de los DE. Aunque se ha observado que proporcionan consistencia, se ha considerado que carecen de exhaustividad y utilidad; con ciertas limitaciones en su descriptividad que fomentan imprecisiones (Carrington, 2008) y restringen evidencias (Powers, 2002). Son particularmente útiles cuando coinciden con las habilidades competenciales de los profesionales (Cho & Park, 2006).

Debido a las divergencias y discrepancias ocasionadas por la complejidad de la etapa diagnóstica (Frazão et al., 2015), para mejorarlas es fundamental conocer la opinión de los profesionales sobre estas taxonomías (Elizalde & Almeida, 2006). En este sentido, Krenz & Lunney (1992) desarrollaron un instrumento para medir las actitudes de las enfermeras ante el DE. *Position on Nursing Diagnoses* (PND) es un cuestionario que utiliza la técnica del diferencial semántico de las palabras para medir y favorecer la expresión de las actitudes de las personas hacia los conceptos (Romero-Sánchez et al., 2013). El PND ha sido aplicado en varios idiomas y contextos culturales tales como Italia, USA, Brasil, Japón y Jordania (Abed El-Rahman et al., 2017; Collins, 2013; D'Agostino et al., 2016; Guedes et al., 2013; Hasegawa et al., 2007; Oliva et al., 2005). En España también ha sido validado y aplicado este instrumento, tanto en la versión original de 20 ítems (Romero-Sánchez et al., 2013), como en una versión reducida de 7 ítems (Romero-Sánchez et al., 2013) que ha mostrado adecuada validez, fiabilidad y sensibilidad. La aplicación de este instrumento indica actitudes similares en los distintos contextos observados (Abed El-Rahman et al., 2017; Cruz, Kitazulo, Pimenta, Lima, & Gaidzinski, 2008; D'Agostino et al., 2016; Ferreira et al., 2016; Lumillo Gutiérrez, 2017; Oliva et al., 2005; Romero-Sánchez et al., 2013). En cada uno de los casos, se advierte que al aumentar el uso de los DE se favorece la aparición de actitudes positivas y mejora la precisión diagnóstica (Collins, 2013); del mismo modo, cuando se incrementa la formación continuada mejoran las habilidades para el razonamiento clínico (Müller-Staub et al., 2006). Estos resultados varían atendiendo a diferentes perfiles profesionales. Un reciente estudio internacional (D'Agostino et al., 2018) ha concluido la necesidad de abordar a los profesionales

mediante el establecimiento de conglomerados profesionales para categorizarlos según patrones de creencias, con estrategias adecuadas a cada grupo. En este sentido, también es necesario evaluar los distintos sistemas de clasificación con la finalidad de conocer las potencialidades de cada taxonomía enfermera.

## 7. El Sistema Nacional de Salud

El conjunto de servicios de salud de las Comunidades Autónomas, convenientemente coordinados, conforman el SNS. Está compuesto por todos los centros, servicios y establecimientos, integrando las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos, para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

La Ley General de Sanidad expone, en su Título III, Capítulo I de la organización general del sistema sanitario público (BOE, 1986), que *“todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud”*, además *“el Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias...”*. Entre sus características fundamentales incluye que deberá mostrar la *“organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación”*; existirá *“coordinación y, en su caso, integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único”*.

Por otro lado, los principios generales en los que se sustenta el SNS (BOE, 2003a) determinan que su estructura esté organizada en dos niveles asistenciales bien diferenciados, el nivel de Atención Primaria (AP) y el nivel secundario, hospitalario o de Atención Especializada (AE), con la finalidad de acercar la atención en materia sanitaria y de salud a la población con criterios de equidad y calidad.

No obstante, esta división jerárquica del SNS constituye una importante barrera para ofrecer atención integral a la salud de la población, sobre la que mantiene criterios de vulnerabilidad. Con la finalidad de regular este desequilibrio entre niveles asistenciales, se han implementado múltiples mecanismos; sin embargo, su desarrollo ha sido heterogéneo. En el ámbito de la Enfermería, estas deficiencias se han encubierto con el uso de ICE y la incorporación de profesionales con

competencias en “*prácticas avanzadas*”, entre las que destacan las *enfermeras gestoras de casos* (EGC).

Estas EGC son las figuras que imbrican la continuidad asistencial pactada en la gestión convenida entre los distintos proveedores y servicios de salud. Se caracterizan por actuar de forma proactiva en la comunicación y coordinación de recursos y servicios precisos y disponibles para satisfacer las necesidades de salud de la población con alta vulnerabilidad y complejidad asistencial, promoviendo resultados de calidad y coste-efectivos (Morales-Asencio, 2014).

Sin embargo, estas fórmulas solo constituyen progresos meramente paliativos, perpetuando riesgos potenciales para la discontinuidad asistencial (De Paz et al., 2007). La comunicación entre ambos niveles es un pilar básico que exige una participación conjunta de los profesionales de AP y AE (García-Abad, 2012), encaminándose hacia modelos imbricados en la gestión de la salud, con visión integradora y perspectiva holística.

Este nuevo modelo asistencial debe ofrecer atención integrada, sin separación entre el nivel primario y hospitalario. La salud de las personas no debe entenderse de manera fragmentada, solo con coordinación se mejorará la calidad de la atención a la salud.

### **7.1. El entorno de la continuidad asistencial**

En nuestro contexto, la patología crónica representa un importante consumo de recursos. La creciente complejidad de las organizaciones sanitarias (De Paz et al., 2007) dificulta que los servicios de salud ofrezcan una atención integral, continuada y centrada en la persona. Las estrategias de abordaje a la cronicidad hacen hincapié en la necesidad de una atención más eficiente y ética; sobre todo, a partir de edades en las que la prevalencia de estas enfermedades y el número de demandas asistenciales e ingresos hospitalarios se incrementan significativamente (Company-Sancho et al., 2017). Estas sinergias promueven la necesidad de coordinar unos recursos que contribuyan a la mejora de la calidad de vida y satisfacción de los individuos (García-Abad, 2012).

Joint Commission International (JCI) es la agencia para la acreditación de la calidad asistencial, a través de la evaluación de los centros hospitalarios (Donahue & Vanostenberg, 2000). Entre sus criterios se incluye el trabajo en equipo multidisciplinar (Joint Commission International, 2013) y la adecuada coordinación interprofesional e interorganizacional en relación al tiempo, personalizando la información (Keenan & Aquilino, 1998) de forma eficaz y coherente. De esta manera, la percepción del paciente, sus necesidades de salud y el contexto personal se encuentran alineados (Reid et al., 2002).

Existen tres dimensiones por las que es posible entender de forma integral el mecanismo de esta continuidad asistencial (Guthrie et al., 2008):

- *Continuidad de la información*; hace referencia al intercambio de información entre profesionales y pacientes durante la relación terapéutica; debe incluir los registros formales de datos clínicos, complementándose con un conocimiento tácito sobre preferencias, valores y contexto del paciente.
- *Continuidad de la relación*; sustentada en el conocimiento acumulado de las preferencias y circunstancias del paciente a través de las decisiones compartidas, que pueden documentarse o no en los registros formales, así como la confianza interpersonal basada en la relación establecida a lo largo del tiempo y las expectativas futuras.
- *Continuidad de la administración*; la planificación convenida de las intervenciones debe estar coordinada con responsabilidad explícita, proporcionando previsibilidad y seguridad en la atención futura tanto para los pacientes como para los proveedores.

La enfermera es clave en este proceso de continuidad asistencial (García Salmeron et al., 2008), que no siempre se produce correctamente. Puede surgir discontinuidad por omisión, duplicidad o contradicción en la información sobre los pacientes, los cuidadores, o los propios cuidados (De Paz et al., 2007). Según Gordon (1996), asegurar la continuidad de los cuidados entre niveles asistenciales es un problema con amplia trayectoria.

La adquisición de posiciones de liderazgo por parte de las enfermeras podría reducir desencuentros asistenciales perjudiciales para la población, independientemente del lugar y tiempo en el seno del proceso asistencial; todo ello, con una oferta sincronizada en la atención a la salud.

La capacitación para el autocuidado aumenta la satisfacción de la población. Se trata de una cualidad variable (Adler et al., 2010) que debe ser determinada a través de la investigación, al igual que los instrumentos implicados en la mejora de estos resultados (Van Walraven et al., 2010). En este orden, las enfermeras tienen margen para desplegar el potencial de su esfera autónoma, con un abanico de intervenciones relacionadas con la EPS, como dimensión clave en la estrategia europea para la salud en el año 2020 (Juvinyà-Canal et al., 2018). Intervenciones enfermeras basadas en la adquisición de conocimientos, habilidades y estrategias básicas de autocuidado para la mejora de la calidad de vida en personas con esclerosis múltiple han reportado resultados satisfactorios (Robles-Sánchez et al., 2015) en situaciones de hipertensión arterial (Achury-Saldaña et al., 2013; Rivera Álvarez, 2006) y diabetes (Galindo Martínez et al., 2014; Pérez-Vico-Díaz de Rada et al., 2014), así como en procesos oncológicos de mama (Camacho, 2014; Mariscal, 2006; Navarro, 2012) y colon (Collado, 2014). En este orden, existe una estrecha relación entre el nivel de alfabetización para la salud de una población y su capacidad para el autocuidado y la toma de decisiones (Montesi, 2017).

En respuesta a estas dificultades, se han desarrollado programas que tratan de ayudar en la coordinación de las necesidades de los pacientes y los recursos comunitarios disponibles. La sombra de la discontinuidad se mantiene siempre en riesgo debido a que no se producen alianzas entre los profesionales implicados antes del alta, ni tampoco en la comunicación sobre los planes de cuidados establecidos tras el alta. No existe coordinación entre médicos y enfermeras para esta continuidad asistencial.

## 7.2. La continuidad de los cuidados

En Enfermería, la continuidad asistencial en relación a los cuidados podría concretarse como *continuidad asistencial de los cuidados*. Aunque no existe un

consenso, podría ser definida como *“el grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada en el tiempo entre profesionales de Enfermería de una misma o de distintas instituciones, así como entre niveles asistenciales, personalizando la atención según sus necesidades, ante una enfermedad, un problema de salud o la percepción de un problema de salud, de forma coherente entre las expectativas percibidas por el individuo y su contexto personal, permitiendo la transferencia de la información que garantice la comunicación de forma fluida y eficaz para aumentar la seguridad y la calidad de los cuidados”*.

Para que esta continuidad sea eficaz, al alta hospitalaria se deben combinar la información verbal y escrita normalizada (Johnson, Sandford, & Tyndall, 2003), facilitando la transferencia de datos entre niveles asistenciales mediante el desarrollo de formatos estandarizados a través de los sistemas informáticos (Kripalani et al., 2007). Estas dificultades estructurales podrían ser solventadas planificando mejoras en los modelos de gestión, con nuevas estrategias que amplifiquen el empoderamiento de los distintos perfiles profesionales en el SNS; las enfermeras poseen en este sentido una labor que puede y debe ser trascendental.

Las medidas desarrolladas (García-Abad, 2012) para garantizar la continuidad de los cuidados en el modelo asistencial dominante, pueden agruparse según tres líneas estratégicas (Correa Casado, 2014; Kesby, 2002):

- Estrategias de atención transdisciplinar, personalizada y centrada en las personas:
  - Fomentar la EPS y la promoción del autocuidado, haciendo participe a los pacientes y cuidadores principales.
- Estrategias centradas en la gestión-coordinación integradora de los procesos asistenciales:
  - Implementar la figura de la enfermera gestora de casos o enfermera de enlace para la atención prioritaria a una población diana descrita que incluya pacientes con necesidades de cuidados importantes.
  - Conocer los distintos niveles asistenciales, mediante rotaciones e intercambio de profesionales entre los diferentes ámbitos.

- Complimentar y entregar el ICE en el momento del alta hospitalaria; así como al ingreso hospitalario siempre que sea posible, procurando que la información llegue a la enfermera de referencia en el menor tiempo posible. Para lo que se precisan aplicativos informáticos, compatibles entre instituciones, que agilicen los tiempos de envío y recepción.
- Tener en cuenta la opinión de profesionales expertos en los distintos ámbitos asistenciales.
- Planificar programas formativos conjuntos mediante cursos, encuentros, foros y jornadas para el intercambio de conocimientos, con una puesta en común de necesidades y experiencias.
- Estrategias centradas en la información:
  - Comunicación directa entre unidades o equipos de profesionales donde exista la figura de la enfermera de referencia.
  - Comunicación directa desde el ámbito hospitalario al de la AP en el momento del alta hospitalaria.
  - Comunicación de la enfermera de referencia de AP con el paciente o su cuidador tras el alta hospitalaria, para mantener activo el circuito de la continuidad de los cuidados.
  - Consensuar la información a incluir en los ICE, con utilidad para los profesionales que los deban recibir, mediante implicación de los profesionales y órganos de gestión implicados.

Este conjunto de tácticas establece las condiciones necesarias para la mejora de la continuidad de los cuidados. No obstante, hasta el momento los mayores esfuerzos se han centrado en los elementos para la mejora de la gestión-coordinación y a las mejoras de la información; siendo necesario implementar otras medidas estratégicas relativas a una atención transdisciplinar, personalizada y centrada en la persona.

La amplia exposición plasmada en relación a las circunstancias que rodean al desarrollo, adecuación y aplicación de los sistemas de lenguajes enfermeros en los distintos contextos laborales, especialmente el ámbito asistencial, ha



proporcionado argumentos suficientes para proponer algunas cuestiones que precisan ser abordadas. Tales como la percepción que tienen las enfermeras sobre los DE, la adecuación conceptual, teórica y metaparadigmática de los fenómenos y la comunicación interprofesional en relación a la configuración estructural, uso y funcionalidad clínica de NANDA-I.





**PARTE II:  
PROCESO DE LA  
INVESTIGACIÓN**



## PARTE II: PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

---

### 8. Objetivos

#### 8.1. Objetivo general

Evaluar la aplicación de la clasificación diagnóstica NANDA-I en el ámbito clínico.

#### 8.2. Objetivos específicos

- 1) Analizar los contenidos y la adecuación teórica de NANDA-I.
- 2) Describir la percepción de las enfermeras sobre el uso de NANDA-I.
- 3) Diseñar y validar un instrumento de medida para evaluar la aplicabilidad clínica de NANDA-I.

### 9. Metodología

Dada la complejidad del fenómeno de estudio y para poder abordar en profundidad la multidimensionalidad de la utilidad de los DE en el contexto clínico, se ha planteado un abordaje metodológico a través de un enfoque mixto, desarrollado en tres fases: una primera descriptiva para conocer la situación de partida, una segunda cualitativa para profundizar en el objeto de interés y una tercera fase para desarrollar y validar un instrumento de medida con la finalidad de proporcionar una visión integral de NANDA-I en el ámbito clínico y poder desarrollar estrategias que favorezcan su uso, por tratarse del sistema clasificatorio dominante en el contexto internacional (Tastan et al., 2014).

### 10. Fase 1. Metodología cuantitativa: análisis descriptivo de NANDA Internacional y de los Informes de Cuidados

En primer lugar, se ha realizado un estudio con diseño cuantitativo. En este sentido, la objetivación de una investigación que analiza la aplicabilidad de una clasificación diagnóstica requiere focalización clínica. Para ello han sido desarrolladas dos técnicas de análisis:

- Análisis descriptivo de la edición 2015-2017 de NANDA-I.
- Análisis descriptivo de los ICE realizados al alta hospitalaria en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) de la provincia de Las Palmas (Islas Canarias).

## 10.1. Participantes

La primera técnica ha consistido en analizar los conceptos y contenidos de la edición 2015/2017 de NANDA-I, por tratarse de la última versión implementada en los aplicativos informáticos de los distintos Servicios de Salud del SNS.

A continuación se ha abordado la segunda de las técnicas de análisis. Los ICE son los instrumentos idóneos para obtener la información específica acerca del registro enfermero usando sistemas de lenguajes normalizados. Todo ello se debe a que existe una normativa que regula el contenido de los diferentes informes clínicos en el SNS (BOE, 2010); en el caso de la Enfermería, estos contenidos se especifican en el anexo VII de la normativa. La finalidad última del ICE es dejar constancia del PE en un único documento, así como constatar la necesidad de cuidados que garanticen su continuidad asistencial, tanto al ingreso como al alta hospitalaria. Entre los registros estandarizados que se derivan de los distintos sistemas de clasificación y que se deben incluir en el ICE, se normaliza el uso de los DE con terminología NANDA-I.

### 10.1.1. Población y ámbito de estudio

El CHUIMI es un complejo hospitalario conformado por dos hospitales Universitarios de tercer nivel separados físicamente, por un lado el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC) y por otro lado el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (HUMIC); este último es un hospital monográfico en Obstetricia-Ginecología y Pediatría.

La población diana es la totalidad de ICE realizados al alta hospitalaria en la HCE entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2017, que correspondió a 20864 ICE.

### 10.1.2. Elección de la muestra

La población ha sido calculada estimando una proporción de atributo deseado al 50%, 95% nivel de confianza y 5% margen de error. En relación al cálculo muestral, existen distintos enfoques estadísticos; en este sentido se ha designado la propuesta realizada por Thomson para una distribución multinomial, implicando un universo finito de población lo suficientemente grande, en el que se atiende al peor de los supuestos (Alvarado Orellana, 2014).

Para ello se ha realizando muestreo probabilístico aleatorio simple usando el software Excel 2011 (versión Mac 14.0.0). Se ha obtenido el tamaño de la muestra (n=370) tras aplicar la fórmula de cálculo para una población finita, que se describe en la Figura 9.

**Figura 9. Fórmula para calcular el tamaño muestral en una población finita**

CONSIDERANDO EL UNIVERSO FINITO	
FORMULA DE CALCULO	
$n =$	$\frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$
Donde:	
Z =	nivel de confianza (correspondiente con tabla de valores de Z)
p =	Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado
q =	Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p
	Nota: cuando no hay indicación de la población que posee o nó el atributo, se asume 50% para p y 50% para q
N =	Tamaño del universo (Se conoce puesto que es finito)
e =	Error de estimación máximo aceptado
n =	Tamaño de la muestra

Fuente: Alvarado Orellana, 2014

### 10.1.3. Acceso a la población de estudio

Los datos de las HCE han sido proporcionados por el Servicio de Control de Gestión del CHUIMI mediante archivo Excel encriptado y disociado; todo ello a través de descarga automatizada de los registros, previa solicitud.

### 10.1.4. Criterios de inclusión y exclusión

#### 10.1.4.1. Criterios de inclusión

La totalidad de ICE realizados y validados entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2017 a pacientes en los que ha acontecido alta hospitalaria.

#### 10.1.4.2. Criterios de exclusión

Los casos en los que el campo "Etiquetas de diagnósticos activos" no haya sido cumplimentado, así como los casos en los que el ICE no haya sido realizado con motivo del alta hospitalaria del paciente.

## 10.2. Variables e instrumentos

Las variables sociodemográficas y clínicas han sido determinadas a partir de la revisión de las HCE.

### 10.2.1. Variables sociodemográficas

A continuación se describen las variables sociodemográficas correspondientes a los ICE:

- Edad: cuantitativa discreta (edad expresada en años).
- Sexo: cualitativa nominal dicotómica (mujer/hombre).
- Unidad de hospitalización: cualitativa nominal policotómica (unidad clínica de hospitalización del paciente, habitualmente suele corresponder con especialidades clínicas médicas de referencia).
- Días de estancia hospitalaria: cuantitativa discreta.
- Tipo de ICE: cualitativa nominal dicotómica (estándar/especial).
- Fecha de creación del ICE estándar: cualitativa ordinal.
- Fecha de validación del ICE estándar: cualitativa ordinal.
- Días para la realización del ICE estándar: cuantitativa discreta.
- Fecha de creación del ICE especial: cualitativa ordinal.
- Fecha de validación del ICE especial: cualitativa ordinal.
- Días para la realización del ICE especial: cuantitativa discreta.
- Diagnóstico médico de ingreso hospitalario: cualitativa nominal policotómica.
- Motivo de alta: cualitativa nominal policotómica.

### 10.2.2. Variables clínicas

Las variables clínicas de los ICE corresponden a:

- Uso del formato PES en el DE: cualitativa nominal dicotómica (si/no).
- Etiquetas de diagnósticos activos: cualitativa nominal policotómica.
- Etiquetas de diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria: cualitativa nominal policotómica.
- Factores relacionados y de riesgo del DE: cualitativa nominal policotómica.
- Características definitorias del DE: cualitativa nominal policotómica.
- Problemas de colaboración (PC): cualitativa nominal policotómica.
- Causa del PC: cualitativa nominal policotómica.
- Resultados NOC: cualitativa nominal policotómica.
- Intervenciones NIC: cualitativa nominal policotómica.
- Modelo de Enfermería utilizado: cualitativa nominal policotómica.



### 10.2.3. Instrumentos

Como se ha señalado en el marco teórico, en la literatura existen instrumentos validados destinados a evaluar la calidad de los registros enfermeros, tales como: QOD (Florin et al., 2005), D-Catch (Paans et al., 2010), Cat-ch-Ing (Björvell et al., 2000) y Q-DIO (Da Costa Linch et al., 2012; Mateos-García, 2017; Müller-Staub, 2009; Müller-Staub et al., 2008; Nomura et al., 2016). Los ítems incluidos en estos instrumentos acometen criterios para evaluar aspectos relacionados con los DE en los registros de las enfermeras, según se describe en la Figura 10.

**Figura 10. Criterios para evaluar un Diagnóstico enfermero**

Instrumento	Valora	Ítem de pregunta
<b>D-Catch instrument</b>	Pregunta llave	¿Está estructurado el DE con formato PES?
	Aspectos cuantitativos	Enumera una etiqueta del problema, una etiología y un signo/síntoma clara e inequívocamente en el texto; el DE implica la posibilidad de intervención
	Aspectos cualitativos	El juicio diagnóstico es respaldado por una o más notas relevantes del informe. Estas notas no se contradicen con otras notas en el mismo registro. El DE no plantea dudas y es lingüísticamente correcto
<b>QOD</b>	Componente problema	(Estructura) Solo se identifica un DE
		(Relevancia) El problema es potencialmente modificable por la enfermera
	Componente etiología	(Estructura) El problema es lo suficientemente concreto como para generar resultados específicos o acciones de cuidado
		(Estructura) Una o varias etiologías se identifican en la declaración del DE
		(Relevancia) La etiología es potencialmente modificable por la enfermera
	Componente signos síntomas	(Estructura) La etiología es lo suficientemente concreta como para generar resultados específicos o acciones para el cuidado
		(Estructura) Uno/varios signos/síntomas se identifican al declarar el DE
		(Relevancia) Los signos/síntomas son potencialmente modificables por la enfermera
		(Estructura) Los signos/síntomas son lo suficientemente concretos para generar resultados específicos o acciones para el cuidado
	Componente General	(Estructura) Tanto el problema como los componentes de etiología están presentes en la declaración del DE
(Estructura) El problema y la etiología están interconectados por la frase "relacionado con" o similar		
(Estructura) El problema y la etiología están interconectados con signos/síntomas por la frase "manifestado por" o similar		
(Relevancia) La declaración del DE es asimétrica (no circular) y estructurada lógicamente. Debe ser capaz de ver el problema relacionado con la etiología y los signos/síntomas como una consecuencia o validación del problema.		
<b>Cat-ch-Ing</b>	Cuantitativo	¿Se identifican DE?
	Cualitativo	
	Cuantitativo	¿Se describe información que apoya la identificación del DE?
<b>Q-DIO modificado 29 (versión española)</b>	DE como producto	Se ha formulado/redactado un DE
		La etiqueta se ha formulado con arreglo a NANDA y está numerada
		Se ha registrado/documentado la etiología
		La etiología es correcta y se relaciona/corresponde con el DE
		Los signos y síntomas están presentes
		Los signos y síntomas están relacionados correctamente con el DE
		El objetivo se relaciona/corresponde con el DE
El objetivo es alcanzable con intervenciones enfermeras		

No obstante, algunas de estas variables no resuelven el abordaje epistemológico o normativo a NANDA-I que se pretende en esta investigación, tales como:

- Exhaustividad e integridad ontológica (Von Krogh, 2008). Las CD constituyen los elementos básicos de la estructura jerárquica. A partir de estas unidades atómicas se asciende al nivel de Clase y Dominio con una configuración que atiende a semejanzas en estas CD (Beckstead, 2009).
- Correlación etiológica entre el DE y su FR (Rivera et al., 2013).
- Rigor en la definición del concepto diagnóstico. La etiqueta diagnóstica debe poseer significado unívoco que favorezca la precisión diagnóstica (Diz Gómez, 2013; Gordon, 2000).
- Por otro lado, para superar posibles conflictos con los fundamentos teóricos (Barros, 2009; Berardinelli et al., 2012) se debe obtener información acerca de su ajuste metaparadigmático con la disciplina enfermera, frente a un enfoque biomédico (Rivera et al., 2013).
- Por último, se debe valorar si el DE atiende al concepto de enfermedad, frente al de salud, prevención y/o promoción de salud (Ramos-Morcillo & Fernández-Salazar, 2012).

### 10.3. Proceso de análisis

En primer lugar, en relación a la edición 2015/2017 de NANDA-I, el criterio de análisis ha consistido en la estructura jerárquica de la clasificación. De esta manera, se ha comenzado analizando los indicadores diagnósticos (FR/Fr y CD); a continuación las Etiquetas diagnósticas. Posteriormente, se ha abordado un análisis ascendente atendiendo a los distintos niveles de abstracción de NANDA-I, esto es: Etiqueta, Clase y Dominio.

Además, se ha analizado la tipología diagnóstica (focalizados en el problema, de riesgo y de promoción de la salud); así como el nivel de evidencia científica de los DE.

Para el análisis descriptivo de los ICE se ha calculado la distribución de frecuencias de las características sociodemográficas, así como los lenguajes enfermeros utilizados en los ICE. Los resultados han sido expresados mediante Gráficos de barras y de sectores, así como Tablas de distribución de frecuencias, explicados de

forma narrativa. Para el análisis estadístico se ha empleado el software de IBM® paquete SPSS® Statistics (versión 25).

## **11. Fase 2. Metodología cualitativa**

En segundo lugar, se ha realizado un estudio con diseño cualitativo mediante entrevistas en profundidad basado en un paradigma interpretativo, sustentado en el método teórico de la Teoría Fundamentada.

Siguiendo este marco teórico, a partir de la opinión de distintos informantes, se ha realizado una aproximación inductiva mediante inmersión en los datos que sirve, tal como definieron Glaser y Straus (1967), como punto de partida para el desarrollo de una teoría sustantiva sobre el fenómeno de interés (Páramo, 2015).

Para ello, se ha realizado una aproximación a dos contextos diferenciados por la organización profesional de las enfermeras. En primer lugar, el contexto nacional de España, en el que se utiliza NANDA-I como sistema clasificatorio. En segundo lugar, el contexto internacional de Portugal, en el que se utiliza CIPE como sistema clasificatorio de referencia.

### **11.1. Participantes en España**

#### **11.1.1. Población y ámbito de estudio**

La población diana son enfermeras con conocimientos avanzados en el uso de taxonomías diagnósticas y lenguajes normalizados, que desarrollan su actividad en distintos niveles de responsabilidad y ámbitos laborales.

#### **11.1.2. Elección de la muestra**

Se ha realizado selección nominativa, conveniente y representativa de informantes referentes en el uso de DE, destacados en el área de estudio por su participación en publicaciones científicas o grupos de trabajo sobre lenguajes enfermeros. La selección ha sido estratificada según vinculación laboral al ámbito asistencial, de gestión o académico, todo ello hasta alcanzar la saturación de datos.

#### **11.1.3. Acceso a la población de estudio**

Las entrevistas han sido realizadas entre los meses de diciembre de 2017 y mayo de 2018 con una duración aproximada de 1 hora cada una de ellas; a través de

videoconferencia (*skype®*, *Hangouts®*) y presencialmente. Todas las entrevistas han sido concertadas a conveniencia de los informantes.

#### **11.1.4. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **11.1.4.1. Criterios de inclusión**

Enfermeras expertas distribuidas por toda la geografía nacional, con distintas experiencias en el conocimiento de los lenguajes enfermeros y taxonomías diagnósticas. Todos los informantes han cumplido uno de los siguientes criterios objetivos:

- Disponer de publicaciones en revistas científicas enmarcadas en líneas de investigación relacionadas con la metodología y/o taxonomías enfermeras.
- Ser miembro de grupos profesionales con líneas de investigación relacionadas con las taxonomías enfermeras.
- Ejercer docencia universitaria relacionada con la metodología enfermera.

##### **11.1.4.2. Criterios de exclusión**

Experiencia profesional en el SNS de España inferior a 5 años.

#### **11.2. Participantes en Portugal**

##### **11.2.1. Población y ámbito de estudio**

De forma complementaria, se ha realizado una aproximación al contexto de Portugal, desarrollando una estancia de investigación en la Universidade do Algarve (Faro, Portugal). La finalidad de este período consistió en aproximar un abordaje comparativo en relación al desarrollo, implementación y situación competencial del proceso diagnóstico en la práctica asistencial de las enfermeras portuguesas, según sus experiencias con el uso de una adaptación contextual de la CIPE, sistema de clasificación usado de forma alternativa a NANDA-I.

##### **11.2.2. Elección de la muestra**

En Portugal, se ha escogido de forma intencionada informantes del ámbito asistencial, seleccionados por la coordinadora responsable de la estancia (portero). El criterio de elección ha consistido en desempeñar distintas funciones asistenciales en el SNS portugués: área de la gestión e implementación de

lenguajes normalizados, ámbito asistencial de la atención hospitalaria y ámbito asistencial de la atención primaria.

### **11.2.3. Acceso a la población de estudio**

Las entrevistas han sido realizadas entre los meses de noviembre de 2018 y febrero de 2019, con una duración aproximada de 30 minutos y de forma presencial. Las entrevistas han sido concertadas por el portero y los informantes, desarrollándose todas en el Centro de Estudos e Desenvolvimento em Saúde da Universidade do Algarve (Campus de Gambelas, Faro).

### **11.2.4. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **11.2.4.1. Criterios de inclusión**

Debido al carácter exploratorio sobre la percepción de las enfermeras en relación al uso de CIPE como terminología normalizada, se ha considerado pertinente utilizar como único criterio de inclusión el hecho de trabajar en los diferentes niveles asistenciales del SNS.

#### **11.2.4.2. Criterios de exclusión**

Experiencia profesional en el SNS de Portugal inferior a 5 años.

## **11.3. Variables e instrumentos**

### **11.3.1. Instrumentos**

Se ha utilizado la entrevista en profundidad, puesto que permite explorar y detallar la información más relevante (Robles, 2011) a través de una técnica con la cual el investigador sugiere un tema de apertura en el transcurso de una conversación con un informante que expone sus argumentos para la edificación de los datos.

## **11.4. Aplicación de los instrumentos en España**

Se ha establecido un guión semiestructurado para reconducir la conversación hacia los puntos de interés. Como asunto de apertura, se ha solicitado opinión sobre los DE, realizado un abordaje al conflicto entre los fundamentos teóricos y el uso de la clasificación diagnóstica (Berardinelli et al., 2012), abriendo el debate sobre la integridad de Dominios, homogeneidad ontológica, funcionalidad clínica

de NANDA-I (Von Krogh, 2008) y utilidad de los DE. A continuación, se ha reflexionado sobre la percepción mantenida por los informantes en concordancia con los métodos empleados en los procesos de validación diagnóstica. Otra cuestión de interés ha estado relacionada con la transculturalidad en el proceso de traducción de la clasificación, teniendo presente el lenguaje coloquial y la codificación cultural (Hogston, 1997). En la Figura 11 se puede consultar el guión de la entrevista.

**Figura 11. Guión de la entrevista semiestructurada**

Bloques	Preguntas
Bloque 1. Taxonomías diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es tu opinión sobre los lenguajes específicos en enfermería? ¿en concreto las taxonomías diagnósticas?</li> <li>• NANDA-I es la clasificación más reconocida internacionalmente, ¿Hasta qué punto crees que los diagnósticos NANDA-I se ajustan a las teorías de la enfermería?</li> </ul>
Bloque 2. NANDA-I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Podrías exponer tu opinión sobre la utilidad de NANDA-I para los profesionales?</li> <li>• ¿Podrías argumentar aspectos que consideras positivos de la clasificación NANDA-I? ¿y negativos?</li> <li>• ¿Desde tu punto de vista, qué mejoras propondrías realizar en NANDA-I?</li> </ul>
Bloque 3. Validación clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Podrías exponer tu opinión sobre los métodos utilizados para validar diagnósticos enfermeros?</li> </ul>

### 11.5. Aplicación de los instrumentos en Portugal

Al igual que en las entrevistas mantenidas en España, se ha utilizado un guión semiestructurado para reconducir la conversación hacia los puntos de interés. Se han iniciado las entrevistas solicitado opinión sobre los lenguajes enfermeros, realizado un abordaje a los fundamentos teóricos (Berardinelli et al., 2012); posteriormente se ha realizado un abordaje acerca de la percepción sobre la funcionalidad clínica y utilidad de los DE. En la Figura 12 se puede consultar el guión de la entrevista realizada en Portugal.

**Figura 12. Guión de la entrevista semiestructurada en Portugal**

Preguntas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es tu opinión, según tu experiencia, sobre la existencia y uso de los lenguajes enfermeros?</li> <li>• ¿Hasta qué punto crees que los Diagnósticos enfermeros se ajustan a las teorías de la enfermería?</li> <li>• ¿Podrías exponer tu opinión sobre la utilidad que tienen para los profesionales?</li> <li>• ¿Podrías argumentar aspectos que consideras positivos de los Diagnósticos enfermeros? ¿y negativos?</li> </ul>

## 11.6. Proceso de análisis

El análisis cualitativo requiere procesos de categorización de las citas o verbatim (Mejía Navarrete, 2011; Pedraz Marcos et al., 2014) a través de su conceptualización semántica. Con la finalidad de garantizar la rigurosidad de esta categorización, han sido establecidas definiciones a cada una de las categorías de análisis emergentes (Anexo 2), favoreciendo la correcta abstracción estructural y conceptual.

Para realizar el análisis se ha empleado el software ATLAS.ti® (versión 8.4.2), expresando los resultados mediante Diagramas de redes semánticas y Tablas de Co-ocurrencias así como explicados de forma narrativa.

## 12. Fase 3. Metodología cuantitativa: Validación de EVALUAN-I

En la tercera fase, se ha llevado a cabo un diseño cuantitativo para el desarrollo de la herramienta EVALUAN-I y validación de sus propiedades métricas en el contexto de España.

### 12.1. Participantes

#### 12.1.1. Población y ámbito de estudio

La población diana corresponde a la totalidad de enfermeras (N=316094) en España durante el año 2019 (Instituto Nacional de Estadística, 2019), distribuidos en 17 Comunidades Autónomas y 2 Ciudades Autónomas.

#### 12.1.2. Elección de la muestra

Entre los criterios metodológicos y estadísticos para determinar el tamaño muestral que favorezca a la validez externa, se ha estimado conveniente 10 sujetos por variable (Argibay, 2009); esta muestra deber ser representativa y estratificada en subgrupos; determinada según sexo, tramos de edad y formación académica.

El instrumento ha sido aplicado a N=460 enfermeras, correspondientes a 16 Comunidades Autónomas con perfiles profesionales diferentes.

#### 12.1.3. Acceso a la población de estudio

Se ha realizado difusión del instrumento en instituciones sanitarias y eventos científicos. Debido al carácter nacional de esta fase de la investigación, se ha

procedido a desarrollar una versión digital del instrumento, elaborada con la ayuda de la herramienta *Formularios de Google*® y divulgada mediante enlace digital a través de distintas redes sociales de interés para profesionales de la Enfermería.

#### **12.1.4. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **12.1.4.1. Criterios de inclusión**

Enfermeras con titulaciones oficiales universitarias reconocidas en España (Diplomatura y Grado en Enfermería) y que trabajaban en distintos ámbitos profesionales (asistencial, gestión o académico).

##### **12.1.4.2. Criterios de exclusión**

Enfermeras con menos de un año de experiencia profesional, así como enfermeras que hayan finalizado su vida laboral en activo.

#### **12.2. Variables e instrumentos**

##### **12.2.1. Variables sociodemográficas**

A continuación se describen las variables sociodemográficas observadas en la población muestral:

- Sexo: cualitativa nominal dicotómica (mujer/hombre).
- Edad: cuantitativa discreta (edad expresada en años).
- Nivel académico: cualitativa nominal policotómica (Diplomado en Enfermería, Graduado en Enfermería, Máster-Oficial, Doctorado, Otra titulación académica).
- Especialidad en Enfermería: cualitativa nominal policotómica (Ninguna, Salud Mental, Matrona, Pediatría, Familiar y Comunitaria, Geriátrica, Trabajo, Otra Especialidad).
- Provincia de trabajo: cualitativa nominal policotómica.
- Centro de trabajo: cualitativa nominal policotómica.
- Años de experiencia profesional: cuantitativa discreta.
- Ámbito laboral: cualitativa nominal policotómica (Equipo de atención primaria, Servicios de atención hospitalaria, Centro socio-sanitario,



Urgencias extra-hospitalarias, Urgencias hospitalarias, Académico, Investigación, Gestión, Otro ámbito laboral).

- Función laboral: cualitativa nominal policotómica (Asistencial, Docente, Investigación, Supervisión, Dirección).

El conjunto de variables que se describen a continuación corresponden con cualitativas ordinales; todas están conformadas por una escala de seis niveles y graduación en sentido positivo: desde (1) nunca hasta (6) siempre:

- Nivel de intensidad con el que utiliza las terminologías o sistemas de clasificación en la práctica clínica (NANDA-I).
- Nivel de intensidad con el que utiliza las terminologías o sistemas de clasificación en la práctica clínica (OMAHA System).
- Nivel de intensidad con el que utiliza las terminologías o sistemas de clasificación en la práctica clínica (CCC).
- Nivel de intensidad con el que utiliza las terminologías o sistemas de clasificación en la práctica clínica (ICNP).
- Nivel de intensidad con el que utiliza las terminologías o sistemas de clasificación en la práctica clínica (ATIC).
- Nivel de intensidad con el que utiliza las terminologías o sistemas de clasificación en la práctica clínica (Otras).

### 12.2.2. Variables clínicas

Las variables clínicas que se describen a continuación corresponden a la herramienta EVALUAN-I:

El primer grupo corresponde a variables cualitativas ordinales conformadas por una escala de seis niveles y graduación en sentido positivo: (1) totalmente en desacuerdo, (2) bastante en desacuerdo, (3) poco en desacuerdo, (4) poco de acuerdo, (5) bastante de acuerdo, (6) totalmente de acuerdo:

- Diagnósticos NANDA-I que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades.
- Factores relacionados o factores de riesgo de NANDA-I que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades.

- La Enfermería es una disciplina con un cuerpo de conocimientos propio ajustado a los conceptos centrales (persona), en qué grado los identifica con claridad: cualitativa ordinal.
- La Enfermería es una disciplina con un cuerpo de conocimientos propio ajustado a los conceptos centrales (salud), en qué grado los identifica con claridad: cualitativa ordinal.
- La Enfermería es una disciplina con un cuerpo de conocimientos propio ajustado a los conceptos centrales (entorno), en qué grado los identifica con claridad: cualitativa ordinal.
- La Enfermería es una disciplina con un cuerpo de conocimientos propio ajustado a los conceptos centrales (cuidados), en qué grado los identifica con claridad: cualitativa ordinal.
- Usar NANDA-I es una condición obligada para que las enfermeras puedan realizar cuidados que implican funciones y responsabilidades exclusivas: cualitativa ordinal.
- NANDA-I representa e identifica las distintas corrientes teóricas de la Enfermería: cualitativa ordinal.
- NANDA-I favorece el desarrollo de conceptos en el ámbito del conocimiento exclusivo de la disciplina enfermera.
- NANDA-I es imprescindible para el desarrollo académico de la disciplina enfermera: cualitativa ordinal.
- Los diagnósticos NANDA-I están fundamentados en criterios de actuación basados en evidencia científica.
- Los diseños de las investigaciones sobre diagnósticos NANDA-I aportan niveles altos de evidencia científica.
- Usar NANDA-I contextualiza por sí mismo el cuidado que se debe prestar a los individuos.
- Las Características definitorias de los diagnósticos NANDA-I son relevantes para emitir juicios diagnósticos.
- Los Factores relacionados o de riesgo de los diagnósticos NANDA-I son relevantes para emitir los juicios diagnósticos.
- Las Etiquetas diagnósticas de NANDA-I son claras y descriptivas.

- Los contenidos de NANDA-I son claros y descriptivos (Características definitorias).
- Los contenidos de NANDA-I son claros y descriptivos (Factores relacionados).
- Los contenidos de NANDA-I son claros y descriptivos (Factores de riesgo).
- Existe coherencia interna entre los conceptos de NANDA-I.
- Existe precisión en la configuración de la estructura jerárquica y taxonómica de NANDA-I.
- La estructura de NANDA-I facilita su aprendizaje.
- Es posible encontrar clasificado algún concepto o contenido de forma duplicada en NANDA-I.
- Cada concepto de NANDA-I se clasifica con un código inequívoco.
- Los conceptos de NANDA-I se identifican con sinónimos en otras clasificaciones diagnósticas.
- Cada conceptos de NANDA-I ha sido mapeado con un equivalente en otras clasificaciones o vocabularios.
- NANDA-I es útil.
- NANDA-I es intuitiva.
- NANDA-I se aplica en la práctica asistencial.
- Los profesionales de la Enfermería aceptan NANDA-I en su práctica asistencial.
- Por lo general, el nivel de abstracción de los diagnósticos de NANDA-I es alto.
- Los conceptos y contenidos de NANDA-I facilitan la organización del conocimiento específico y autónomo que necesitan los profesionales de la Enfermería.
- Los contenidos de NANDA-I ayudan a decidir qué cuidados se realizan.

Las siguientes variables relacionan los DE prevalentes en la práctica clínica referenciados en la bibliografía de los últimos 5 años (Breigeiron et al., 2018; Costa et al., 2016; D'Agostino et al., 2017; Dantas et al., 2018; Di Sarra et al., 2016; Ferreira et al., 2016; Marini & Chaves, 2011; Mateos-García, 2017; Paans & Müller-

Staub, 2015; Steyer et al., 2016; Tosin et al., 2015; Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011).

El conjunto de variables corresponde con cuantitativas discretas; conformadas por una escala analógica numérica con gradación en positivo: desde 1 (menor consideración) hasta 6 (mayor consideración):

- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Riesgo de infección).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Dolor crónico).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Conocimientos deficientes).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Riesgo de lesión postural perioperatoria).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Náuseas).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Deterioro del intercambio de gases).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Intolerancia a la actividad).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Insomnio).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Confusión aguda).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Riesgo de sangrado).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Ansiedad).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Diarrea).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Disminución del gasto cardíaco).
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Incontinencia urinario refleja).

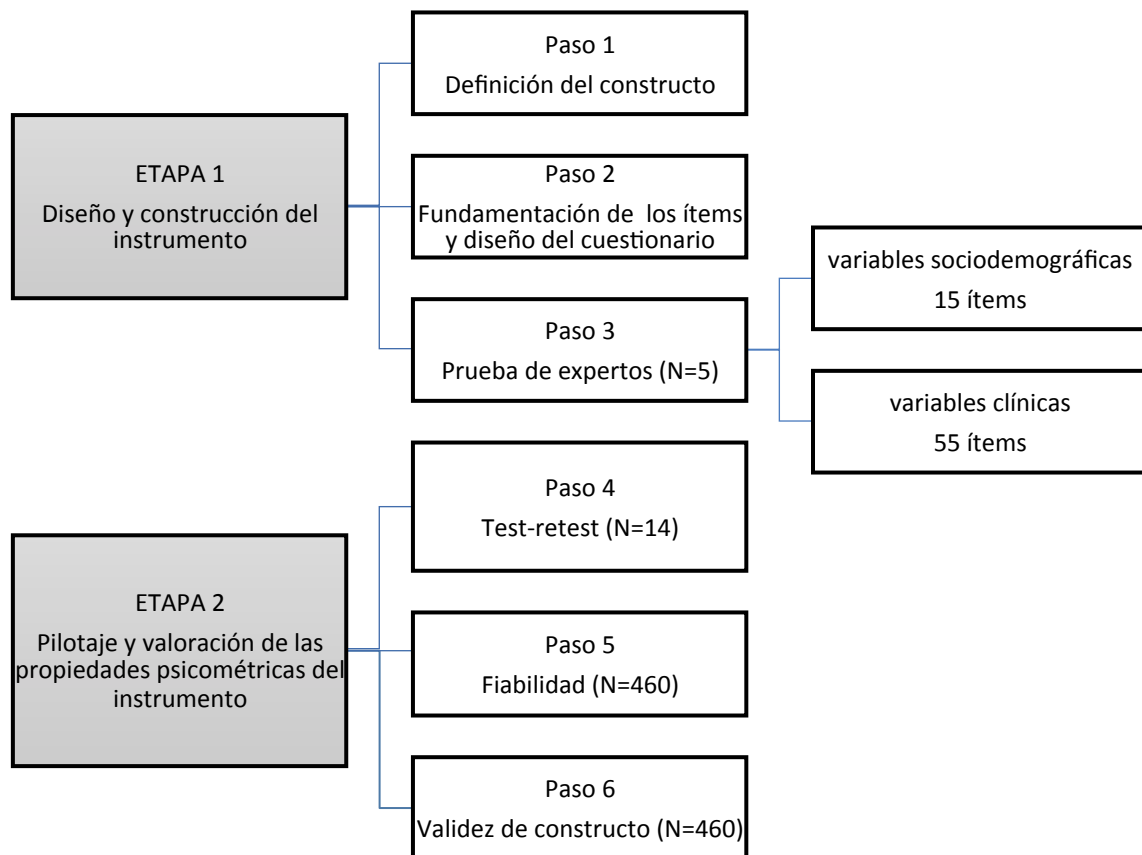
- En qué grado considera que los siguientes problemas de salud conciernen a DE (Disfunción sexual).

A continuación, se describen variables correspondientes a la adaptación de la versión española reducida del instrumento PND® (Romero-Sánchez, et al., 2013). El conjunto de estas variables corresponde a cuantitativas discretas; conformadas por una escala analógica numérica con gradación en positivo: desde 1 (actitud más negativa) hasta 6 (actitud más positiva):

- Indique su actitud ante los DE (sin significado vs. con significado).
- Indique su actitud ante los DE (no realista vs. realista).
- Indique su actitud ante los DE (obstaculizador vs. facilitador).
- Indique su actitud ante los DE (sin validez vs. válido).
- Indique su actitud ante los DE (irrelevante vs. relevante).
- Indique su actitud ante los DE (ingrato vs. gratificante).
- Indique su actitud ante los DE (rutinario vs. creativo).

### 12.2.3. Instrumentos

En relación al proceso de diseño y validación del instrumento EVALUAN-I, se ha desarrollado en varias etapas y pasos claramente razonados, según se describe en la Figura 13.

**Figura 13. Etapas del diseño y validación del instrumento EVALUAN-I**

### ETAPA 1. Diseño y construcción del instrumento

#### Paso 1. Definición del constructo

Se ha realizado una revisión bibliográfica relacionada con el fenómeno de investigación con la finalidad de definir el constructo (Martín-Arribas, 2004) en PubMed, Web of Science, Scopus, CINAHL y LILACS utilizando los descriptores MeSH/DeCS “Terminología Estandarizada de Enfermería” y “Diagnóstico de Enfermería” en español, inglés y portugués. La información extraída de los estudios abordó la correspondencia conceptual de NANDA-I con su orientación hacia los conceptos y fundamentos teóricos de la Enfermería (Goh et al., 2020; Hine-Sanabria et al., 2018; Mendes et al., 2015), el nivel de evidencia científica y la configuración estructural (Beckstead, 2009; Miguel et al., 2016; Oliveira-Kumakura et al., 2018), la aplicabilidad de los DE y las habilidades de razonamiento clínico de las enfermeras (Cruz et al., 2009; Mynaříková & Žiaková, 2014; Paans et al., 2012) y las actitudes hacia el DE (Bittencourt & Crossetti, 2013; D’Agostino et al., 2018).

## Paso 2. Fundamentación de los ítems y diseño del cuestionario

La configuración del instrumento de medida se ha sustentado a partir de los criterios establecidos por Müller-Staub et al. (2007); en relación a las normas que debe profesar una clasificación diagnóstica: describir exhaustivamente la base del conocimiento que explica las responsabilidades enfermeras, clasificar diagnósticos mediante procedimientos transparentes y con parámetros claramente establecidos (cada clase ajustada y orientada a un concepto central de la Enfermería), poseer una descripción exacta con criterios diagnósticos válidos, CD clave y etiologías que permitan discriminar entre diagnósticos.

Por otro lado, los criterios empleados por Juvé i Udina (2012) en la evaluación de vocabularios científicos para la práctica enfermera: orientación a conceptos disciplinares, fundamentación teórica, evidencia científica, validez de contenido, validez de criterio, uso real en la práctica, homogeneidad y coherencia estructural, contextualización del conocimiento, sinónimos, atributos y sistema de codificación y equivalencias con otros vocabularios.

A partir de los criterios descritos anteriormente, se ha elaborado un instrumento con 30 ítems estructurados en 6 secciones: (1) orientación a conceptos disciplinares y fundamentos teóricos de la Enfermería, (2) nivel de evidencia científica, (3) configuración estructural, (4) aplicabilidad, (5) habilidades de razonamiento clínico de las enfermeras, (6) actitudes hacia el DE.

## Paso 3. Prueba de expertos

### *Validez aparente y de contenido*

Para establecer el grado en que los ítems parecen medir lo que se proponen (Carvajal et al., 2011), se ha consultado a un grupo de expertos en la temática de estudio; para ello se ha seleccionado de forma intencionada cinco enfermeras con grado de doctor del ámbito académico e investigación en diferentes Universidades españolas, con conocimientos y experiencia en el diseño de instrumentos de medida. Dos de estos expertos trabajaban además en el ámbito asistencial. A cada experto se le envió un borrador del instrumento sobre el que se solicitó, individualmente, valoración cualitativa y cuantitativa acerca de las preguntas. En

relación a la valoración cualitativa, los expertos reportaron algunas sugerencias de mejora conceptual y semántica. En lo que acontece a la valoración cuantitativa, se solicitó a cada experto puntuar si cada ítem era comprensible y relevante en una escala tipo Likert de cinco alternativas (1 peor puntuación y 5 mejor puntuación) con la finalidad de obtener el coeficiente de validez de contenido (CVC) (Pedrosa et al., 2014). Valores promedio iguales o mayores a 0,7 fueron considerados adecuados. A partir de las sugerencias de mejora realizadas, se ha procedido a modificar el constructo, realizándose una segunda ronda conjunta para establecer consenso sobre las implementaciones de cambio propuestas. Una vez aceptadas las sugerencias, se modificó el constructo y se redefinieron las posibles dimensiones de análisis.

### *Escala de medida*

Durante el proceso de determinación de la escala de medida ha sido importante considerar el número idóneo de alternativas de respuesta, por un lado se ha visto que la confiabilidad de la escala aumenta al incrementar de 5 a 7 ítems de respuesta, todo ello sin afectar de forma significativa a los estadísticos tales como media, varianza o curtosis (Matas, 2018). No obstante para evitar el sesgo de centralidad que pudiera afectar a la ambivalencia o indecisión de los entrevistados, se ha decidido usar graduaciones pares, estableciendo la escala de media en 6 ítems de respuesta.

## **ETAPA 2. Pilotaje y valoración de las propiedades métricas del instrumento**

### Paso 4. Prueba piloto

Una vez conformada la versión definitiva del instrumento y con la finalidad de evaluar las propiedades métricas de la escala (Martín-Arribas, 2004) se ha realizado durante la primera semana del mes de septiembre de 2019 un pilotaje a una muestra representativa de 27 profesionales con diferentes perfiles sociodemográficos, similares a los de la población de estudio. Todos respondieron razonadamente sin conferir cambios sustanciales, por lo que posteriormente fueron incluidos en la muestra poblacional. En un intervalo de 15 días a partir de la primera entrevista se procedió a estimar la estabilidad temporal mediante



confiabilidad test-retest a través de la concordancia entre observadores e intra observadores mediante *Kappa de Cohen* ( $k$ ) sobre los mismos individuos, obteniéndose en el retest 14 respuestas de las 25 iniciales.

#### Paso 5. Fiabilidad

Se ha determinado la consistencia interna mediante Alfa de Cronbach, tanto para la totalidad del instrumento como para cada uno de los constructos. A continuación, se ha procedido a determinar la consistencia de la homogeneidad interna a través de las relaciones interfactoriales. Para ello se ha realizado la suma de puntuaciones de cada factor, así como la puntuación total del instrumento.

#### Paso 6. Validez de constructo

Se ha realizado análisis factorial exploratorio (AFE) con la primera mitad de la muestra (N=230) tras comprobar su viabilidad a través de la adecuación del tamaño muestral con el índice de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, utilizando como método de extracción el Análisis de Componentes principales (ACP). En segundo lugar se ha realizado un análisis factorial confirmatorio (AFC) sobre la muestra total (N=460).

### 12.3. Aplicación de los instrumentos

Para la distribución se ha utilizado un cuestionario autoadministrado, difundido como formulario mediante enlace web y matriz de código QR a través de soportes TIC (correos electrónicos, aplicaciones de dispositivos móviles y redes sociales), entre los meses de septiembre y diciembre de 2019.

### 12.4. Proceso de análisis

En relación al análisis descriptivo, para las variables cuantitativas se ha calculado media, desviación típica, mediana y cuartiles 25 y 75. Para las variables cualitativas frecuencia y porcentaje.

La normalidad de los datos se ha comprobado utilizando el *test de Kolmogórov-Smirnov* y el *test de Shapiro-Wilk*, según corresponda.

Para el análisis correlacional se han utilizado distintas pruebas, atendiendo a la naturaleza de los datos:

Se ha empleado el *coeficiente de correlación de Pearson* para comprobar la asociación entre las variables cuantitativas y los distintos factores creados; así como el *coeficiente de correlación Rho de Spearman* cuando correspondan con variables categóricas ordenadas que no sigan una distribución normal.

Para analizar las diferencias entre las variables observadas se han utilizado pruebas no paramétricas; el *test de la U de Mann-Whitney* para comparar medianas en dos cohortes independientes; así como el *ANOVA de Kruskal-Wallis* cuando se trata de más de dos categorías. De forma alternativa, se ha usado el *test de Jonckheere-Terpstra* para comprobar la evolución entre una variable ordinal y una numérica.

Por otro lado, se ha utilizado el *coeficiente de correlación Poliserial* para comprobar la asociación entre una variable continua y una ordinal. Además, se ha recurrido al *coeficiente de correlación Policórica* para comprobar la asociación cuando se trata de dos variables ordinales.

Para el análisis estadístico se ha empleado el software de IBM® paquete SPSS® Statistics (versión 25), así como el programa estadístico R® Core Team 2020, versión 3.6.3 (paquete Lavaan).

Los resultados han sido expresados mediante Gráficos, así como Tablas de distribución de frecuencias y de correlaciones; además, han sido explicados de forma narrativa.

Se ha considerado significativo un p-valor  $< 0,05$ .

Cada una de las variables del instrumento de medida permite obtener resultados correspondientes a los objetivos específicos planteados en la investigación, tal como se muestra en la Tabla 6.

**Tabla 6. Vinculación de las variables a los objetivos de la investigación**

Objetivos de investigación	Variables	
Objetivo específico 1	P11_DE enfermedades	
	P12_FR enfermedades	
	P13_Concepto persona	
	P13_Concepto salud	
	P13_Concepto entorno	
	P13_Concepto cuidados	
	P14_Responsabilidades exclusivas	
	P15_Teorías de Enfermería	
	P16_Conceptos exclusivos	
	P17_Desarrollo académico	
	P18_DE fundamentados evidencia	
	P19_Diseños aportan evidencia	
	P20_Contextualiza el cuidado	
	P21_CD relevantes	
	P22_FR y Fr relevantes	
	P23_Etiquetas claras y descriptivas	
	P24_Claras-descriptivas CD	
	P24_Claros-descriptivos FR	
	P24_Claros-descriptivos Fr	
	P25_Coherencia interna	
	P26_Estructura jerárquica	
	P27_Facilita su aprendizaje	
	P28_Conceptos duplicados	
	P29_Código inequívoco	
	P30_Sinónimos	
	P31_Conceptos mapeados	
	Objetivo específico 2	P35_Los profesionales la aceptan
		P40_Significado
		P40_Realismo
		P40_Obstaculización
		P40_Validez
P40_Relevancia		
P40_Gratificación		
P40_Creatividad		
Objetivo específico 3	P32_Útil	
	P33_Intuitiva	
	P34_Aplica en la práctica asistencial	
	P36_Abstracción	
	P37_Organización del conocimiento	
	P38_Ayuda a decidir cuidados	
	P39_Riesgo de infección	
	P39_Dolor crónico	
	P39_Conocimientos deficientes	
	P39_Riesgo lesión perioperatoria	
	P39_Náuseas	
	P39_Deterioro intercambio gases	
	P39_Intolerancia actividad	
	P39_Insomnio	
	P39_Confusión aguda	
P39_Riesgo sangrado		
P39_Ansiedad		

P39_Diarrea
P39_Gasto cardíaco
P39_Incontinencia urinaria refleja
P39_Disfunción sexual

### 13. Criterios éticos

En todo momento se han tenido en cuenta los derechos a la confidencialidad en la recogida, uso y tratamiento de los datos personales; todo ello según la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales; el RD Ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos; el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de datos de las personas físicas en los que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Además, los aspectos éticos básicos en los que se basa cualquier investigación de tipo sanitario, según exponen el código Núremberg, la declaración de Helsinki y el Informe Belmont, salvaguardando los derechos de los participantes en la decisión, confidencialidad, anonimato y uso exclusivo para la investigación.

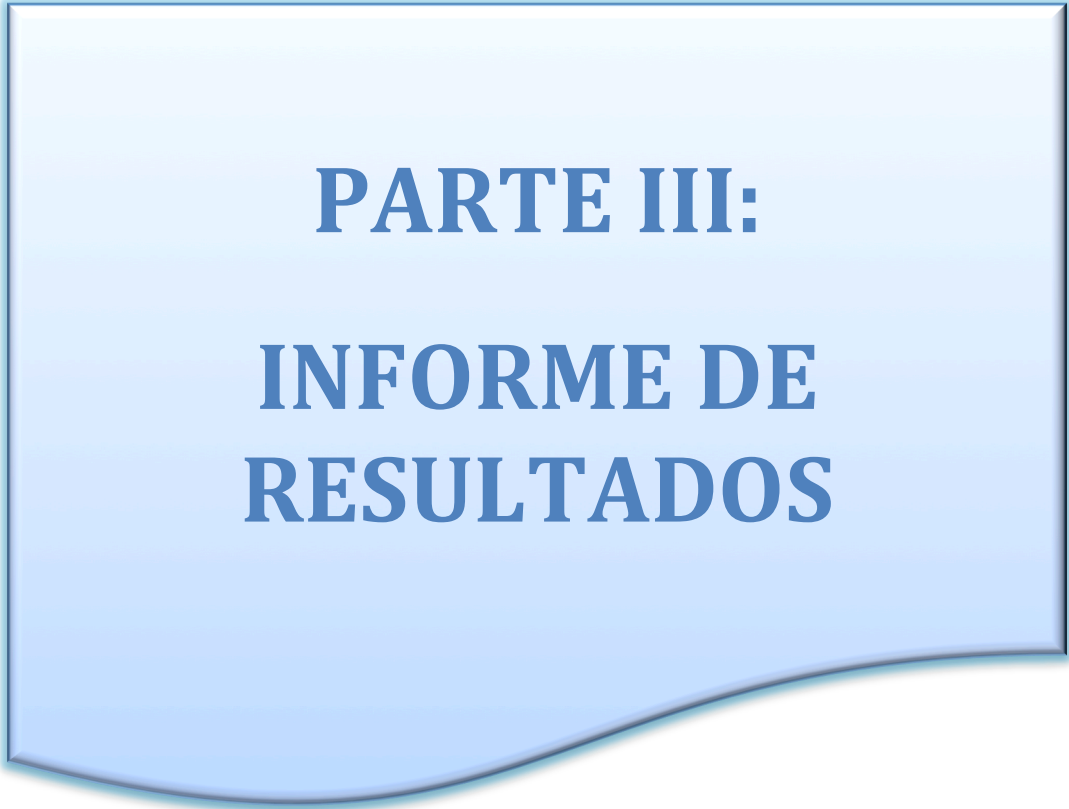
El estudio es de carácter observacional; no obstante, se ha solicitado la valoración de las instituciones implicadas. En primer lugar, se ha obtenido aprobación de la Comisión Deontológica de la UJI (Anexo 3), ajustándose la investigación a las exigencias académicas. En segundo lugar, aprobación del comité de ética de la investigación de la provincia de Las Palmas (Canarias) (Anexo 4); todo ello según las últimas recomendaciones para el tratamiento de datos de carácter personal.

Aspectos éticos específicos de la Fase 2; tras contactar y conocer la aceptación de los informantes para participar en el estudio, se ha procedido a explicar con detalle el motivo y objetivos de la investigación. El uso de una metodología cualitativa requiere grabación audiovisual y transcripción literal posterior, por lo que se ha solicitado autorización expresa; el anonimato de los informantes se ha garantizado con el uso pseudónimos, procediéndose a la codificación de sus identidades mediante dígitos alfanuméricos.

Aspectos éticos específicos de la Fase 3; conjuntamente con el instructivo de cumplimentación de EVALUAN-I, se ha incorporado la información exigida en relación a objetivos, entidad, carácter de la investigación y contacto del investigador. También se ha adjuntado el documento de consentimiento informado y así como revocación de participación en la investigación.

Se ha procedido a solicitar y obtener consentimiento (Anexo 5) del propietario intelectual de los derechos del instrumento PND-SV, que ha sido adaptado en la versión aplicada de EVALUAN-I.





**PARTE III:  
INFORME DE  
RESULTADOS**





## PARTE III: INFORME DE RESULTADOS

---

### 14. Fase 1. Resultados cuantitativos: NANDA International e Informes de Cuidados

En primer lugar se exponen los resultados del análisis descriptivo de la edición 2015-2017 de NANDA-I. A continuación, el análisis de los ICE efectuados al alta hospitalaria en el CHUIMI.

#### 14.1. Análisis descriptivo de la edición 2015-2017 de NANDA International

En relación a los contenidos y la adecuación teórica de NANDA-I, el análisis descriptivo de la clasificación ha sido realizado en orden a su estructura jerárquica. En primer lugar, los indicadores diagnósticos (FR/Fr y CD). En segundo lugar, las Etiquetas diagnósticas, así como el nivel de Clase y Dominio.

##### 14.1.1. Indicadores diagnósticos

Los indicadores diagnósticos incumbieron a las etiologías (FR/Fr) y signos y síntomas (CD) de las Etiquetas diagnósticas.

##### *Factores relacionados y Factores de riesgo*

La clasificación registró n=1715 FR/Fr distintos. De todos ellos, n=1193 (69,56%) en una sola ocasión y n=522 (30,44%) duplicados de forma variable hasta alcanzar n=1859 FR/Fr en distintas Etiquetas diagnósticas. Tras realizar el sumatorio de duplicados y no duplicados, la totalidad de FR y Fr comprendió N=3052 (Anexo 6)<sup>2</sup>.

Los FR/Fr prevalentes correspondieron a *Alteración de la función cognitiva* n=37 (1,2%), *Agentes farmacológicos* n=33 (1,1%) y *Abuso de sustancias* n=32 (1%). En cuarto lugar se equipararon *Dolor* y *Régimen terapéutico* n=25 (0,8%), tal como se muestra en la Tabla 7.

---

<sup>2</sup> Para mayor operatividad del informe de la investigación, los resultados prevalentes se presentan en el texto mediante Tablas. La totalidad de resultados será adjuntada como Anexo en los supuestos indicados.

**Tabla 7. Distribución de Factores relacionados/Factores de riesgo prevalentes en NANDA International**

Factores relacionados/Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Alteración de la función cognitiva	37	1,2
Agentes farmacológicos	33	1,1
Abuso de sustancias	32	1
Dolor	25	0,8
Régimen terapéutico	25	0,8
Económicamente desfavorecidos	24	0,8
Ansiedad	21	0,7
Edades extremas	20	0,7
Malnutrición	20	0,7
Apoyo social insuficiente	18	0,6
Factores estresantes	18	0,6
Prematuridad	16	0,5
Tabaquismo	16	0,5
Obesidad	15	0,5
Depresión	14	0,5
Deterioro neuromuscular	14	0,5
Estrategias de afrontamiento ineficaces	13	0,4
Traumatismos	13	0,4
Aislamiento social	11	0,4
Autoestima baja	11	0,4
Deterioro de la movilidad	11	0,4
Deterioro músculo esquelético	11	0,4
Enfermedad crónica	11	0,4
Sedentarismo	11	0,4
...		
<b>Total</b>	<b>3052</b>	<b>100</b>

*Características definatorias*

Se enumeraron n=1766 CD diferentes; n=1580 (89,47%) en una sola ocasión y n=186 (10,53%) duplicadas de forma variable hasta alcanzar n=569 CD en diferentes Etiquetas diagnósticas. Tras realizar el sumatorio de duplicadas y no duplicadas, la cantidad total de CD correspondió a N=2149 (Anexo 7).

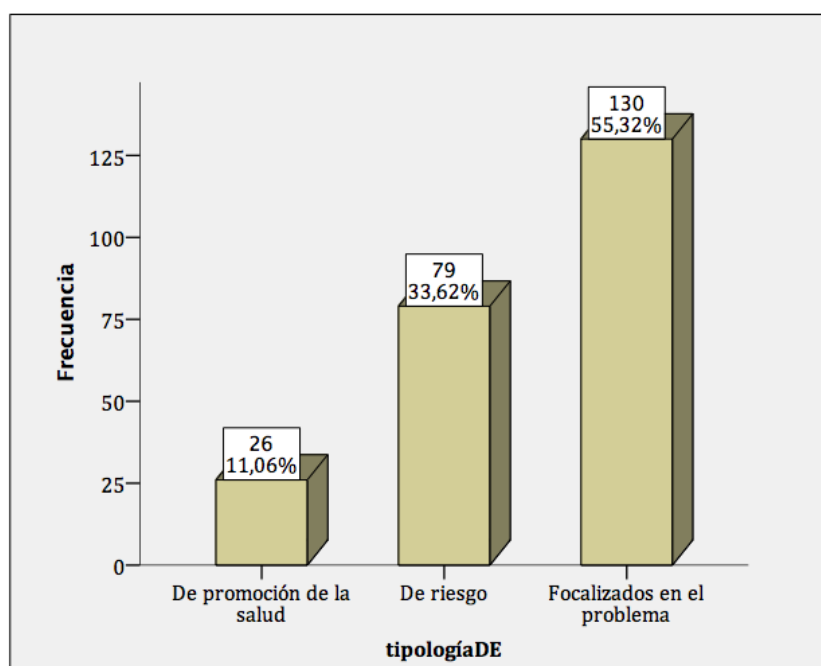
Con mayor prevalencia destacaron *Fatiga* n=14 (0,7%), *Ansiedad* n=13 (0,6%), *Inquietud* n=12 (0,6%) y *Cambios en el patrón de sueño* n=11 (0,5%), tal como se muestra en la Tabla 8.

**Tabla 8. Distribución de Características definitorias prevalentes en NANDA International**

Características definitorias	Frecuencia	Porcentaje
Fatiga	14	0,7
Ansiedad	13	0,6
Inquietud	12	0,6
Cambios en el patrón de sueño	11	0,5
Depresión	10	0,5
Disnea	10	0,5
Irritabilidad	10	0,5
Temor	9	0,4
Ira	8	0,4
Alteración en la concentración	7	0,3
Culpabilidad	7	0,3
Taquicardia	7	0,3
...		
<b>Total</b>	<b>2149</b>	<b>100</b>

#### 14.1.2. Etiquetas diagnósticas

Coexistieron un total de N=235 Etiquetas diagnósticas. Considerando la tipología diagnóstica, se distribuyeron n=130 (55,32%) *focalizadas en el problema*, n=79 (33,62%) *de riesgo* y n=26 (11,06%) *de promoción de la salud*, tal como se observa en el Gráfico 1.

**Gráfico 1. Tipología diagnóstica de NANDA International**

La distribución de frecuencias de los indicadores diagnósticos mostró el total de FR/Fr (Anexo 8) y de CD (Anexo 9) vigentes en cada una de las Etiquetas diagnósticas. En este sentido, hay que puntualizar que la tipología diagnóstica *de promoción de la salud* no comprendió FR/Fr; mientras que la tipología diagnóstica *de riesgo* no incluyó CD.

En lo que acontecía a los FR/Fr, las Etiquetas diagnósticas con mayor número de indicadores diagnósticos correspondieron a *Riesgo de deterioro parental* n=64 (2,1%), *Deterioro parental* n=60 (2%), *Riesgo de traumatismo* n=59 (1,9%) y *Cansancio del rol de cuidador* n=54 (1,8%), tal como se muestra en la Tabla 9.

**Tabla 9. Prevalencia de Etiquetas diagnósticas según Factores relacionados/Factores de riesgo**

Etiquetas diagnósticas	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de deterioro parental	64	2,1
Deterioro parental	60	2
Riesgo de traumatismo	59	1,9
Cansancio del rol de cuidador	54	1,8
Riesgo de disreflexia autónoma	49	1,6
Estreñimiento funcional crónico	47	1,5
Riesgo de suicidio	47	1,5
Automutilación	44	1,4
Riesgo de automutilación	43	1,4
Riesgo de caídas	42	1,4
Riesgo de úlcera por presión	42	1,4
Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	40	1,3
Riesgo de retraso en el desarrollo	38	1,2
Riesgo de cansancio del rol de cuidador	36	1,2
Dolor crónico	35	1,1
Riesgo de estreñimiento	35	1,1
Riesgo de hipotermia	35	1,1
Riesgo de sobrepeso	35	1,1
Estreñimiento	34	1,1
Contaminación	32	1
Riesgo de contaminación	32	1
Deterioro de la mucosa oral	31	1
Deterioro de la deglución	28	0,9
Deterioro de la movilidad física	28	0,9
Incumplimiento	28	0,9
Riesgo de perfusión renal ineficaz	28	0,9
Obesidad	27	0,9

Sobrepeso	27	0,9
Hipotermia	26	0,9
Riesgo de crecimiento desproporcionado	26	0,9
Desempeño ineficaz del rol	25	0,8
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	25	0,8
Riesgo de deterioro de la mucosa oral	24	0,8
Náuseas	23	0,8
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	23	0,8
...		
<b>Total</b>	<b>3052</b>	<b>100</b>

Las Etiquetas diagnósticas con mayor número de CD fueron *Procesos familiares disfuncionales* n=115 (5,4%), *Ansiedad* n=70 (3,3%), *Deterioro de la deglución* n=51 (2,4%) y *Deterioro de la mucosa oral* n=40 (1,9%), tal como muestra la Tabla 10.

**Tabla 10. Prevalencia de Etiquetas diagnósticas según Características definitorias**

Etiquetas diagnósticas	Frecuencia	Porcentaje
Procesos familiares disfuncionales	115	5,4
Ansiedad	70	3,3
Deterioro de la deglución	51	2,4
Deterioro de la mucosa oral	40	1,9
Cansancio del rol de cuidador	36	1,7
Disminución del gasto cardíaco	36	1,7
Síndrome del trauma posviolación	36	1,7
Síndrome postraumático	35	1,6
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete	34	1,6
Deterioro parental	33	1,5
Sufrimiento espiritual	33	1,5
Temor	33	1,5
Hipotermia	32	1,5
Trastorno de la imagen corporal	32	1,5
Desempeño ineficaz del rol	31	1,4
Estreñimiento	30	1,4
Contaminación	27	1,3
Duelo complicado	27	1,3
Exceso de volumen de líquidos	27	1,3
Respuesta alérgica al látex	27	1,3
Conducta desorganizada del lactante	26	1,2
Deterioro de la comunicación verbal	26	1,2
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	24	1,1
Desatención unilateral	23	1,1

Aislamiento social	22	1
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	22	1
Dolor de parto	22	1
Síndrome de estrés del traslado	22	1
Afrontamiento familiar incapacitante	21	1
...		
<b>Total</b>	<b>2149</b>	<b>100</b>

### 14.1.3. Nivel jerárquico: Clase

La clasificación estaba conformada por N=47 Clases. Respecto a la distribución de Etiquetas diagnósticas según Clase, destacaron *Lesión física* n=26 (11%), *Respuestas de afrontamiento* n=26 (11%) y *Respuestas cardiovasculares/pulmonares* n=14 (5,9%), tal como se muestra en la Tabla 11.

**Tabla 11. Distribución de Etiquetas diagnósticas según Clase**

Clase	Frecuencia	Porcentaje
Lesión física	26	11
Respuestas de afrontamiento	26	11
Respuestas cardiovasculares/Pulmonares	14	5,9
Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones	11	4,6
Ingestión	11	4,6
Gestión de la salud	10	4,2
Función gastrointestinal	9	3,8
Función urinaria	9	3,8
Actividad/Ejercicio	8	3,4
Cognición	8	3,4
Autocuidado	7	2,9
Confort físico	7	2,9
Autoconcepto	6	2,5
Desempeño del rol	6	2,5
Estrés neurocomportamental	6	2,5
Hidratación	6	2,5
Termorregulación	6	2,5
Respuestas postraumáticas	5	2,1
Roles de cuidador	5	2,1
Violencia	5	2,1
Autoestima	4	1,7
Confort social	4	1,7
Metabolismo	4	1,7
Procesos defensivos	4	1,7
Relaciones familiares	4	1,7
Reproducción	4	1,7
Sueño/Reposo	4	1,7

Peligros del entorno	3	1,2
Comunicación	2	0,8
Confort social	2	0,8
Equilibrio de la energía	2	0,8
Función sexual	2	0,8
Toma de conciencia de la salud	2	0,8
Atención	1	0,4
Crecimiento	1	0,4
Creencias	1	0,4
Desarrollo	1	0,4
Función respiratoria	1	0,4
Imagen corporal	1	0,4
Infección	1	0,4
Absorción	0	0
Digestión	0	0
Función tegumentaria	0	0
Orientación	0	0
Sensación/percepción	0	0
Identidad sexual	0	0
Valores	0	0
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

En relación a la distribución de FR/Fr según Clase, destacaron con mayor número *Lesión física* n=512 (16,8%), *Roles de cuidador* n=214 (7%), *Función gastrointestinal* n=194 (6,4%) y *Respuestas de afrontamiento* n=179 (5,9%), tal como se muestra en la Tabla 12.

**Tabla 12. Distribución de Factores relacionados/Factores de riesgo según Clase**

Factores relacionados/Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Lesión física	512	16,8
Roles de cuidador	214	7
Función gastrointestinal	194	6,4
Respuestas de afrontamiento	179	5,9
Respuestas cardiovasculares/Pulmonares	174	5,7
Violencia	173	5,7
Ingestión	170	5,6
Gestión de la salud	134	4,4
Actividad/Ejercicio	108	3,5
Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones	107	3,5
Termorregulación	103	3,4
Estrés neurocomportamental	86	2,8
Peligros del entorno	75	2,5
Confort físico	70	2,3

Autocuidado	65	2,1
Cognición	64	2,1
Desempeño del rol	58	1,9
Autoconcepto	50	1,6
Autoestima	48	1,6
Respuestas postraumáticas	48	1,6
Función urinaria	47	1,5
Sueño/Reposo	39	1,3
Desarrollo	38	1,2
Reproducción	37	1,2
Hidratación	33	1,1
Metabolismo	31	1
Relaciones familiares	28	0,9
Crecimiento	26	0,9
Procesos defensivos	26	0,9
Equilibrio de la energía	21	0,7
Función sexual	21	0,7
Infección	19	0,6
Comunicación	17	0,6
Confort social	13	0,4
Imagen corporal	12	0,4
Toma de conciencia de la salud	9	0,3
Función respiratoria	2	0,1
Atención	1	0
<b>Total</b>	<b>3052</b>	<b>100</b>

Asimismo, en la distribución de CD según Clase destacaron con mayor número *Respuestas de afrontamiento* n=348 (16,2%), *Relaciones familiares* n=144 (6,7%), *Respuestas cardiovasculares/pulmonares* n=121 (5,6%) e *Ingestión* n=112 (5,2%), tal como se muestra en la Tabla 13.

**Tabla 13. Distribución de Características definitorias según Clase**

Clase	Frecuencia	Porcentaje
Respuestas de afrontamiento	348	16,2
Relaciones familiares	144	6,7
Respuestas cardiovasculares/Pulmonares	121	5,6
Ingestión	112	5,2
Respuestas postraumáticas	93	4,3
Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones	88	4,1
Confort físico	87	4
Lesión física	82	3,8
Función gastrointestinal	77	3,6
Roles de cuidador	73	3,4



Desempeño del rol	70	3,3
Gestión de la salud	68	3,2
Termorregulación	61	2,8
Actividad/Ejercicio	60	2,8
Cognición	59	2,7
Autocuidado	56	2,6
Estrés neurocomportamental	51	2,4
Hidratación	45	2,1
Autoconcepto	44	2
Sueño/Reposo	42	2
Función urinaria	41	1,9
Equilibrio de la energía	34	1,6
Reproducción	33	1,5
Imagen corporal	32	1,5
Comunicación	27	1,3
Peligros del entorno	27	1,3
Procesos defensivos	27	1,3
Creencias	24	1,1
Atención	23	1,1
Confort social	22	1
Autoestima	21	1
Función respiratoria	18	0,8
Función sexual	17	0,8
Violencia	12	0,6
Metabolismo	5	0,2
Toma de conciencia de la salud	5	0,2
<b>Total</b>	<b>2149</b>	<b>100</b>

#### 14.1.4. Nivel jerárquico: Dominio

La clasificación estaba conformada por N=13 Dominios. En la distribución de Etiquetas diagnósticas según Dominio, destacaron con mayor número *Seguridad/protección* n=45 (19,1%), *Afrontamiento/tolerancia al estrés* n=37 (15,7%) y *Actividad/reposo* n=35 (14,9%), tal como se muestra en la Tabla 14.

**Tabla 14. Distribución de Etiquetas diagnósticas según Dominio**

Dominio	Frecuencia	Porcentaje
Seguridad/Protección	45	19,1
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	37	15,7
Actividad/Reposo	35	14,9
Nutrición	21	8,9
Eliminación e intercambio	19	8,1
Rol/Relaciones	15	6,4
Principios vitales	12	5,1
Promoción de la salud	12	5,1
Autopercepción	11	4,7
Percepción/Cognición	11	4,7
Confort	9	3,8
Sexualidad	6	2,6
Crecimiento/Desarrollo	2	0,9
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

Con respecto a los indicadores diagnósticos. En primer lugar, hemos procedido a distribuir los FR/Fr según Dominio, destacando *Seguridad/protección* n=908 (29,8%), *Actividad/ejercicio* n=407 (13,3%) y *Afrontamiento/tolerancia al estrés* n=313 (10,3%), tal como se muestra en la Tabla 15.

**Tabla 15. Distribución de Factores relacionados/Factores de riesgo según Dominio**

Dominio	Frecuencia	Porcentaje
Seguridad/Protección	908	29,8
Actividad/Reposo	407	13,3
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	313	10,3
Rol/Relaciones	300	9,8
Eliminación e intercambio	243	8
Nutrición	234	7,7
Promoción de la salud	143	4,7
Autopercepción	110	3,6
Principios vitales	107	3,5
Confort	83	2,7
Percepción/Cognición	82	2,7
Crecimiento/Desarrollo	64	2,1
Sexualidad	58	1,9
<b>Total</b>	<b>3052</b>	<b>100</b>

Asimismo, al distribuir las CD según Dominio, destacaron *Afrontamiento/tolerancia al estrés* n=492 (22,9%), *Actividad/reposo* n=313 (14,6%) y *Rol/relaciones* n=287 (13,4%), tal como se muestra en la Tabla 16.

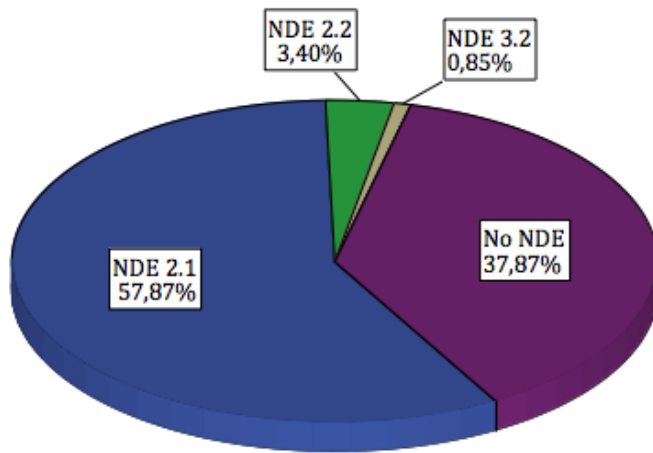
**Tabla 16. Distribución de Características definitorias según Dominio**

Dominio	Frecuencia	Porcentaje
Afrontamiento/Tolerancia al estrés	492	22,9
Actividad/Reposo	313	14,6
Rol/Relaciones	287	13,4
Seguridad/Protección	209	9,7
Nutrición	162	7,5
Eliminación e intercambio	136	6,3
Principios vitales	112	5,2
Confort	109	5,1
Percepción/Cognición	109	5,1
Autopercepción	97	4,5
Promoción de la salud	73	3,4
Sexualidad	50	2,3
Crecimiento/Desarrollo	0	0
<b>Total</b>	<b>2149</b>	<b>100</b>

#### 14.1.5. Nivel de evidencia de los diagnósticos

Como se ha visto con anterioridad, el NDE de los diagnósticos de la clasificación sigue los criterios establecidos por NANDA-I.

Un total de n=89 (37,87%) DE no ostentaban NDE. Por otro lado, figuraban con NDE 2.1 (aceptado para publicación e inclusión en la taxonomía por poseer etiqueta, definición, CD, FR/Fr y referencias) n=136 (57,87%); NDE 2.2 (aceptado para publicación e inclusión en la taxonomía por haber sido sometido a análisis conceptual) n=8 (3,4%); y NDE 3.2 (fundamentación clínica mediante estudios clínicos no aleatorizados) n=2 (0,85%), tal como se observa en el Gráfico 2.

**Gráfico 2. Nivel de evidencia de los diagnósticos**

En este orden, los DE con NDE 3.2 correspondieron con las Etiquetas *Estrés por sobrecarga* y *Riesgo de muerte súbita del lactante*. Con NDE 2.2 pertenecieron *Disposición para mejorar la lactancia materna*, *Dolor agudo*, *Dolor crónico*, *Hipertermia*, *Hipotermia*, *Riesgo de confusión aguda*, *Riesgo de úlcera por presión* y *Síndrome de dolor crónico*. Las Etiquetas diagnósticas que mostraron NDE 2.1 se relacionan en la Tabla 17.

**Tabla 17. Relación de Etiquetas con Nivel de evidencia 2.1**

Dominio		Etiqueta diagnóstica con Nivel de Evidencia 2.1
1	Promoción de la salud	Disposición para mejorar la gestión de la salud
		Estilo de vida sedentario
		Gestión ineficaz de la salud
		Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano
		Salud deficiente de la comunidad
		Síndrome de fragilidad del anciano
		Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud
2	Nutrición	Déficit de volumen de líquidos
		Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
		Deterioro de la deglución
		Disposición para mejorar la nutrición
		Exceso de volumen de líquidos
		Ictericia neonatal
		Leche materna insuficiente

		Obesidad
		Patrón de alimentación ineficaz del lactante
		Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
		Riesgo de deterioro de la función hepática
		Riesgo de ictericia neonatal
		Riesgo de nivel de glucemia inestable
		Riesgo de sobrepeso
		Sobrepeso
3	Eliminación e intercambio	Deterioro de la eliminación urinaria
		Disposición para mejorar la eliminación urinaria
		Estreñimiento
		Estreñimiento funcional crónico
		Incontinencia urinaria de esfuerzo
		Incontinencia urinaria de urgencia
		Incontinencia urinaria por rebosamiento
		Incontinencia urinaria refleja
		Riesgo de estreñimiento funcional crónico
		Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
4	Actividad/Reposo	Déficit de autocuidado: alimentación
		Déficit de autocuidado: uso del inodoro
		Descuido personal
		Deterioro de la bipedestación
		Deterioro de la habilidad para la traslación
		Deterioro de la movilidad en la cama
		Deterioro de la movilidad en silla de ruedas
		Deterioro de la movilidad física
		Deterioro de la sedestación
		Disposición para mejorar el autocuidado
		Disposición para mejorar el sueño
		Insomnio
		Perfusión tisular periférica ineficaz
		Riesgo de deterioro de la función cardiovascular
		Riesgo de disminución del gasto cardíaco
		Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz
		Riesgo de perfusión renal ineficaz
		Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz
5	Percepción/Cognición	Confusión aguda
		Control de impulsos ineficaz
		Control emocional inestable
		Desatención unilateral
		Disposición para mejorar los conocimientos
6	Autopercepción	Baja autoestima crónica
		Disposición para mejorar el autoconcepto

		Disposición para mejorar la esperanza
		Riesgo de baja autoestima crónica
		Riesgo de compromiso de la dignidad humana
		Riesgo de trastorno de la identidad personal
		Trastorno de la identidad personal
7	Rol/Relaciones	Disposición para mejorar el rol parental
		Disposición para mejorar la relación
		Disposición para mejorar los procesos familiares
		Procesos familiares disfuncionales
		Relación ineficaz
		Riesgo de cansancio del rol de cuidador
		Riesgo de deterioro de la vinculación
		Riesgo de relación ineficaz
8	Sexualidad	Disfunción sexual
		Disposición para mejorar el proceso de maternidad
		Patrón sexual ineficaz
		Proceso de maternidad ineficaz
		Riesgo de alteración de la diada materno fetal
		Riesgo de proceso de maternidad ineficaz
9	Afrontamiento/Tolerancia al estrés	Afrontamiento defensivo
		Afrontamiento familiar incapacitante
		Ansiedad ante la muerte
		Deterioro de la regulación del estado de ánimo
		Deterioro de la resiliencia
		Disposición para mejorar el afrontamiento
		Disposición para mejorar el poder
		Disposición para mejorar la resiliencia
		Duelo
		Duelo complicado
		Impotencia
		Negación ineficaz
		Planificación ineficaz de las actividades
		Riesgo de deterioro de la resiliencia
		Riesgo de duelo complicado
		Riesgo de impotencia
		Riesgo de planificación ineficaz de las actividades
		Síndrome postraumático
10	Principios vitales	Conflicto de decisiones
		Deterioro de la religiosidad
		Deterioro de la toma de decisiones independiente
		Disposición para mejorar el bienestar espiritual
		Disposición para mejorar la religiosidad
		Disposición para mejorar la toma de decisiones

		Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente
		Riesgo de deterioro de la religiosidad
		Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente
		Riesgo de sufrimiento espiritual
		Sufrimiento espiritual
		Sufrimiento moral
11	Seguridad/Protección	Contaminación
		Deterioro de la integridad tisular
		Respuesta alérgica al látex
		Retraso en la recuperación quirúrgica
		Riesgo de contaminación
		Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
		Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
		Riesgo de deterioro de la integridad tisular
		Riesgo de deterioro de la mucosa oral
		Riesgo de hipotermia
		Riesgo de hipotermia perioperatoria
		Riesgo de infección
		Riesgo de intoxicación
		Riesgo de lesión corneal
		Riesgo de lesión del tracto urinario
		Riesgo de lesión postural perioperatoria
		Riesgo de lesión térmica
		Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados
		Riesgo de respuesta alérgica
		Riesgo de respuesta alérgica al látex
		Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica
		Riesgo de sangrado
		Riesgo de sequedad ocular
		Riesgo de shock
		Riesgo de traumatismo vascular
12	Confort	Disconfort
		Disposición para mejorar el confort
		Dolor de parto
		Náuseas
		Riesgo de soledad

Por otra parte, las Etiquetas diagnósticas que no mostraron NDE han sido relacionadas en la Tabla 18.

Tabla 18. Relación de Etiquetas sin Nivel de evidencia

Dominio		Etiqueta diagnóstica sin Nivel de Evidencia
1	Promoción de la salud	Déficit de actividades recreativas
		Gestión ineficaz de la salud familiar
		Incumplimiento
		Mantenimiento ineficaz de la salud
		Protección ineficaz
2	Nutrición	Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos
		Interrupción de la lactancia materna
		Lactancia materna ineficaz
		Riesgo de déficit de volumen de líquidos
		Riesgo de desequilibrio electrolítico
3	Eliminación e intercambio	Deterioro del intercambio de gases
		Diarrea
		Estreñimiento subjetivo
		Incontinencia fecal
		Incontinencia urinaria funcional
		Motilidad gastrointestinal disfuncional
		Retención urinaria
		Riesgo de estreñimiento
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional		
4	Actividad/Reposo	Déficit de autocuidado: baño
		Déficit de autocuidado: vestido
		Deprivación del sueño
		Deterioro de la ambulación
		Deterioro de la ventilación espontánea
		Deterioro del mantenimiento del hogar
		Disminución del gasto cardíaco
		Fatiga
		Intolerancia a la actividad
		Patrón respiratorio ineficaz
		Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
		Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca
		Riesgo de intolerancia a la actividad
		Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz
		Riesgo de síndrome de desuso
Trastorno del patrón del sueño		
Vagabundeo		
5	Percepción/Cognición	Confusión crónica
		Conocimientos deficientes
		Deterioro de la comunicación verbal



		Deterioro de la memoria
		Disposición para mejorar la comunicación
6	Autopercepción	Baja autoestima situacional
		Desesperanza
		Riesgo de baja autoestima situacional
		Trastorno de la imagen corporal
7	Rol/Relaciones	Cansancio del rol de cuidador
		Conflicto del rol parental
		Desempeño ineficaz del rol
		Deterioro de la interacción social
		Deterioro parental
		Interrupción de los procesos familiares
		Riesgo de deterioro parental
9	Afrontamiento/Tolerancia al estrés	Aflicción crónica
		Afrontamiento familiar comprometido
		Afrontamiento ineficaz
		Afrontamiento ineficaz de la comunidad
		Ansiedad
		Conducta desorganizada del lactante
		Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal
		Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad
		Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
		Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante
		Disreflexia autónoma
		Riesgo de conducta desorganizada del lactante
		Riesgo de disreflexia autónoma
		Riesgo de síndrome de estrés del traslado
		Riesgo de síndrome postraumático
		Síndrome de estrés del traslado
		Síndrome del trauma posviolación
		Temor
11	Seguridad/Protección	Automutilación
		Deterioro de la dentición
		Deterioro de la integridad cutánea
		Deterioro de la mucosa oral
		Limpieza ineficaz de las vías aéreas
		Riesgo de asfixia
		Riesgo de aspiración
		Riesgo de automutilación
		Riesgo de caídas
		Riesgo de disfunción neurovascular periférica
		Riesgo de lesión
		Riesgo de suicidio

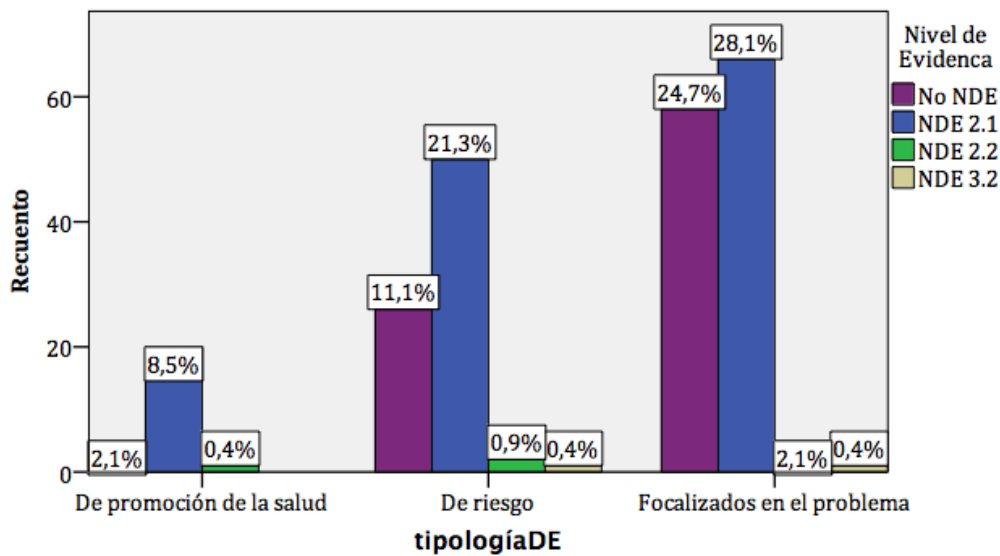
		Riesgo de traumatismo
		Riesgo de violencia autodirigida
		Riesgo de violencia dirigida a otros
		Termorregulación ineficaz
12	Confort	Aislamiento social
13	Crecimiento/Desarrollo	Riesgo de crecimiento desproporcionado
		Riesgo de retraso en el desarrollo

En relación al NDE según tipología diagnóstica, los DE *de promoción de la salud* contabilizaron n=20 (76,9%) NDE 2.1 y n=5 (19,2%) sin NDE. Los DE correspondientes a la tipología *de riesgo* mostraron n=50 (63,3%) NDE 2.1 y n=26 (32,9%) sin NDE. Entre los *focalizados en el problema*, correspondieron n=66 (50,8%) NDE 2.1 y n=58 (44,6%) sin NDE, tal como se muestra en la Tabla 19.

**Tabla 19. Nivel de evidencia según tipología diagnóstica**

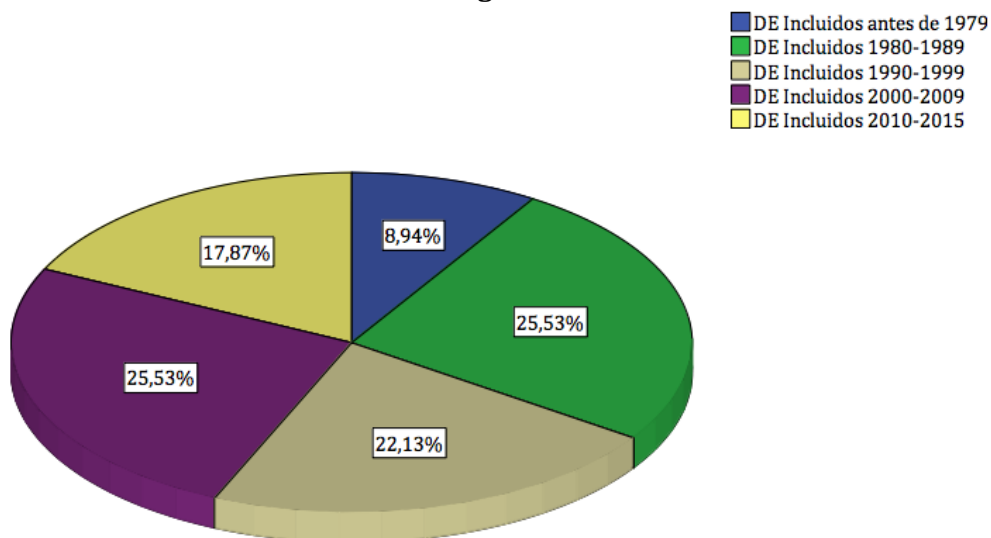
Tipología diagnóstica	No NDE	NDE 2.1	NDE 2.2	NDE 3.2	Total
De promoción de la salud	5 (2,1%)	20 (8,5%)	1 (0,4%)	0	<b>26 (11,1%)</b>
De riesgo	26 (11,1%)	50 (21,3%)	2 (0,9%)	1 (0,4%)	<b>79 (33,6%)</b>
Focalizados en el problema	58 (24,7%)	66 (28,1%)	5 (2,1%)	1 (0,4%)	<b>130 (55,3%)</b>
<b>Total</b>	<b>89 (37,9%)</b>	<b>136 (57,9%)</b>	<b>8 (3,4%)</b>	<b>2 (0,9%)</b>	<b>235 (100%)</b>

La totalidad de tipologías diagnósticas muestran elevada proporción de DE con bajo o ningún NDE, en contraste con la misma proporción de NDE adecuados, tal como se observa en el Gráfico 3.

**Gráfico 3. Nivel de evidencia según tipología diagnóstica**

#### 14.1.6. Inclusión y revisión de los diagnósticos

En relación a la fecha de inclusión de los distintos DE en la clasificación, correspondieron a la década de los años setenta  $n=21$  (8,94%), a los años ochenta  $n=60$  (25,53%) y a la década de los años noventa  $n=52$  (22,13%). Más de la mitad de los DE han sido incluidos con anterioridad al año 2000. Por otra parte, en la primera década de este milenio han sido incorporados  $n=60$  (25,53%) DE, mientras que entre los años 2010 y 2015 fueron  $n=42$  (17,87%), tal como se observa en el Gráfico 4.

**Gráfico 4. Año de inclusión de los diagnósticos**

Los DE que han sido revisados fueron n=169 (71,9%). De todos ellos, n=103 (60,95%) lo fueron por última vez en el año 2013. Por otra parte, n=66 (28,1%) DE no han sido revisados nunca, tal como se muestra en la Tabla 20.

**Tabla 20. Año de la última revisión del Diagnóstico**

Año última revisión del Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
<b>1996</b>	2	0,9
<b>1998</b>	22	9,4
<b>2000</b>	6	2,6
<b>2006</b>	19	8,1
<b>2008</b>	10	4,3
<b>2010</b>	7	3
<b>2013</b>	103	43,8
<b>No revisado</b>	66	28,1
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

En relación al total de DE que no han sido revisados con anterioridad, n=26 (39,4%) correspondieron a nueva incorporación en la edición 2015-2017 de NANDA-I. Destacando con mayor número las Etiquetas diagnósticas que conciernen al Dominio Seguridad/protección, tal como se muestra en la Tabla 21.

**Tabla 21. Diagnósticos de nueva inclusión**

Dominio	Etiqueta diagnóstica	Nivel de Evidencia
1 Promoción de la salud	Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	2.1
	Síndrome de fragilidad del anciano	2.1
2 Nutrición	Riesgo de sobrepeso	2.1
	Sobrepeso	2.1
	Obesidad	2.1
3 Eliminación e intercambio	Estreñimiento funcional crónico	2.1
	Riesgo de estreñimiento funcional crónico	2.1
4 Actividad/Reposo	Deterioro de la bipedestación	2.1
	Deterioro de la sedestación	2.1
	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	2.1
	Riesgo de disminución del gasto cardíaco	2.1
5 Percepción Cognición	Control emocional inestable	2.1

9	Afrontamiento Tolerancia al estrés	Deterioro de la regulación del estado de ánimo	2.1
10	Principios vitales	Deterioro de la toma de decisiones independiente	2.1
		Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente	2.1
		Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente	2.1
11	Seguridad/Protección	Riesgo de hipotermia	2.1
		Riesgo de deterioro de la integridad tisular	2.1
		Riesgo de deterioro de la mucosa oral	2.1
		Riesgo de hipotermia perioperatoria	2.1
		Riesgo de lesión corneal	2.1
		Riesgo de lesión del tracto urinario	2.1
		Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica	2.1
12	Confort	Riesgo de úlcera por presión	2.2
		Dolor de parto	2.1
		Síndrome de dolor crónico	2.2

El resto de los DE presentes en ediciones previas de NANDA-I, pero que no habían sido revisados con anterioridad fueron n=40 (60,6%). De todos ellos, n=12 (30%) fueron incluidos durante los años ochenta, n=10 (25%) en los noventa y n=18 (45%) lo fueron entre los años 2000-2010, tal como se muestra en la Tabla 22.

**Tabla 22. Diagnósticos no revisados**

Etiqueta diagnóstica	Año de inclusión
Conocimientos deficientes	1980
Déficit de actividades recreativas	1980
Deterioro del mantenimiento del hogar	1980
Aislamiento social	1982
Intolerancia a la actividad	1982
Mantenimiento ineficaz de la salud	1982
Desesperanza	1986
Deterioro de la interacción social	1986
Retención urinaria	1986
Termorregulación ineficaz	1986
Conflicto del rol parental	1988
Disreflexia autónoma	1988
Protección ineficaz	1990
Deterioro de la ventilación espontánea	1992
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete	1992
Confusión crónica	1994
Deterioro de la memoria	1994
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	1994
Aflicción crónica	1998

Deprivación del sueño	1998
Deterioro de la dentición	1998
Estreñimiento subjetivo	1998
Automutilación	2000
Vagabundeo	2000
Deterioro de la religiosidad	2004
Estilo de vida sedentario	2004
Contaminación	2006
Incontinencia urinaria por rebosamiento	2006
Insomnio	2006
Sufrimiento moral	2006
Estrés por sobrecarga	2006
Descuido personal	2008
Deterioro de la resiliencia	2008
Planificación ineficaz de las actividades	2008
Motilidad gastrointestinal disfuncional	2008
Control de impulsos ineficaz	2010
Leche materna insuficiente	2010
Proceso de maternidad ineficaz	2010
Relación ineficaz	2010
Salud deficiente de la comunidad	2010

## 14.2. Análisis descriptivo de los Informes de Cuidados

Con el análisis de los ICE efectuados al alta hospitalaria en el CHUIMI, se ha pretendido conocer el uso de NANDA-I en un contexto específico.

El CHUIMI está conformado por n=26 Unidades de hospitalización (16 en el HUIGC y 10 en el HUMIC) que atienden problemas de salud correspondientes a diferentes especialidades clínicas.

En el año 2017 se realizaron 20864 ICE. De todos ellos, 7 fueron descartados por no ajustarse a criterios de inclusión; 1 por haber sido elaborado en el ámbito de consultas externas y 6 al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos para ingreso en hospitalización. La población total de ICE quedó conformada por N=20856 casos.

No obstante, para que la población pudiera quedar ajustada a los objetivos de investigación, han sido eliminados los ICE que no incluyeron DE activos. Tras depurar los ICE válidos, la población diana de ICE quedó conformada por N=10268 (49,23%) casos.

En relación a la distribución del número de ICE total, se mostró variable en las distintas Unidades de hospitalización. En el HUIGC, destacaron con mayor número UE10S n=1160 (5,6%), UE7N n=1093 (5,2%), UE9S n=989 (4,7%) y UE8S n=962

(4,6%). En el HUMIC, sobresalieron UE7A n=2175 (10,4%), UE6A n=2156 (10,3%), UE5A n=1623 (7,8%) y UE3 n=1077 (5,2%). Del mismo modo, la distribución de frecuencias de los ICE válidos fue igualmente variable. En el HUIGC, destacaron con mayor número UE9S n=792 (7,7%), UE8S n=769 (7,5%), UE4N n=717 (7%) y UE7S n=709 (6,9%). En el HUMIC, el mayor número correspondió a UE6A con n=1636 (15,9%), UE5A n=1153 (11,2%) y UE7A n=419 (4,1%). La distribución de ICE total y de ICE válidos se muestra en la Tabla 23.

**Tabla 23. Distribución de frecuencias de Informes de Cuidados totales y válidos**

Código de Unidad		Unidad de hospitalización	ICE total	ICE válidos
			n (%)	n (%)
<b>HUIGC</b>	UE11N	Cirugía mayor ambulatoria	20 (0,1)	1 (0)
	UE11S	Neurocirugía	271 (1,3)	118 (1,1)
	UE10N	Cardiología	539 (2,6)	440 (4,3)
	UE10S	Cirugía general	1160 (5,6)	298 (2,9)
	UE9N	Digestivo	622 (3)	424 (4,1)
	UE9S	Traumatología	989 (4,7)	792 (7,7)
	UE8N	Medicina Interna	242 (1,2)	186 (1,8)
	UE8S	Medicina Interna	962 (4,6)	769 (7,5)
	UE7N	Otorrinolaringología	1093 (5,2)	481 (4,7)
	UE7S	Oncología	778 (3,7)	709 (6,9)
	UE6N	Medicina Interna	382 (1,8)	347 (3,4)
	UE6S	Neurología	854 (4,1)	692 (6,7)
	UE5N	Neumología	662 (3,2)	249 (2,4)
	UE5S	Lesionados medulares	499 (2,4)	310 (3)
	UE4N	Nefrología/Cuidados paliativos	773 (3,7)	717 (7)
	UE2N	Psiquiatría	327 (1,6)	23 (0,2)
	<b>HUMIC</b>	UE7A	Tocología	2175 (10,4)
UE6A		Tocología	2156 (10,3)	1636 (15,9)
UE5A		Toco-ginecología	1623 (7,8)	1153 (11,2)
UE5B		Cirugía infantil	928 (4,4)	20 (0,2)
UE5C		Enfermedades infecciosas	433 (2,1)	215 (2,1)
UE4A*		Cirugía Cardíaca	101 (0,5)	10 (0,1)
UE4B*		Especialidades	793 (3,8)	39 (0,4)
UE4C		Lactantes	632 (3)	112 (1,1)
UE4D		Preescolares	557 (2,7)	56 (0,5)
UE3**		Neonatología	1077 (5,2)	6 (0,1)
UE3F		Onco-hematología infantil	208 (1)	46 (0,4)
<b>Total</b>			<b>20856 (100)</b>	<b>10268 (100)</b>

\* UE4A y UE4B: corresponden a una segregación informática de la misma Unidad de hospitalización, que se ha mantenido disgregada para la operatividad de los registros.

\*\* UE3: Unidad de hospitalización de Neonatología, se corresponde con la unificación de 4 módulos desglosados informáticamente, atendiendo a 4 códigos: UE3A, UE3B, UE3C, UE3D, que han sido unificados para la operatividad analítica de los registros.

Con la finalidad de obtener una muestra representativa, han sido seleccionados de forma aleatorizada n=370 ICE. De todos ellos n=365 correspondieron con ICE estándar y n=5 ICE especial, tal como se muestra en la Tabla 24.

**Tabla 24. Distribución de Informes de Cuidados seleccionados**

Código de Unidad		Unidad de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
<b>HUIGC</b>	UE11N	Cirugía mayor ambulatoria	-	-
	UE11S	Neurocirugía	3	0,8
	UE10N	Cardiología	13	3,5
	UE10S	Cirugía general	6	1,6
	UE9N	Digestivo	17	4,6
	UE9S	Traumatología	32	8,6
	UE8N	Medicina Interna	10	2,7
	UE8S	Medicina Interna	37	10
	UE7N	Otorrinolaringología	19	5,1
	UE7S	Oncología	22	5,9
	UE6N	Medicina Interna	19	5,1
	UE6S	Neurología	30	8,1
	UE5N	Neumología	9	2,4
	UE5S	Lesionados medulares	6	1,6
	UE4N	Nefrología/Cuidados paliativos	20	5,4
	UE2N	Psiquiatría	-	-
	<b>HUMIC</b>	UE7A	Tocología	11
UE6A		Tocología	61	16,5
UE5A		Toco-ginecología	37	10
UE5B		Cirugía infantil	2	0,5
UE5C		Enfermedades infecciosas	3	0,8
UE4A		Cirugía Cardíaca	-	-
UE4B		Especialidades	2	0,5
UE4C		Lactantes	7	1,9
UE4D		Preescolares	4	1,1
UE3		Neonatología	-	-
UE3F		Onco-hematología infantil	1	0,3
<b>Total</b>			<b>370</b>	<b>100</b>

En relación a las variables sociodemográficas, el tiempo de ingreso hospitalario mostró media ( $\mu$ ) 7,93 días (desviación estándar (sd)=12,52; mínimo (Min)=0; percentil 25 (P25)=3; mediana (Me)=5; percentil 75 (P75)=8,25; máximo (Max)=158).



El tiempo transcurrido desde la apertura hasta la validación de la tipología de ICE estándar fue  $\mu=7,07$  días ( $sd=37,03$ ;  $Min=0$ ;  $P25=0$ ;  $Me=0,01$ ;  $P75=1,74$ ;  $Max=279,3$ ). En lo que respecta a la tipología de ICE especial, todos fueron creados y validados el mismo día.

Atendiendo al sexo,  $n=231$  (62,4%) ICE pertenecieron a mujeres mientras que  $n=139$  (37,6%) correspondieron a hombres. Las edades de estos individuos mostraron  $\mu=52,55$  años ( $sd=23,18$ ;  $Min=0$ ;  $P25=34$ ;  $Me=55,5$ ;  $P75=72$ ;  $Max=95$ ).

En cuanto al apartado donde se solicitaba indicar el modelo teórico utilizado durante el PE, los profesionales no lo cumplieron  $n=361$  (96,1%) ocasiones. No obstante,  $n=9$  (3,9%) veces señalaron que la valoración estructurada en Patrones Funcionales propuesta por Gordon atendía a un modelo teórico de la disciplina enfermera.

En la distribución de frecuencias de los motivos clínicos de hospitalización (10), destacaron con mayor número *pródromos de parto*  $n=24$  (6,5%), *rotura prematura de membranas*  $n=22$  (5,9%), *sepsis*  $n=11$  (3%), *insuficiencia cardíaca congestiva descompensada*  $n=10$  (2,7%), *insuficiencia cardíaca congestiva*  $n=9$  (2,4%) y *pancreatitis*  $n=8$  (2,2%), tal como se muestra en la Tabla 25.

**Tabla 25. Motivos principales de hospitalización**

Motivo de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
Pródromos de parto	24	6,5
Rotura prematura de membranas	22	5,9
Sepsis	11	3
Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada	10	2,7
Insuficiencia cardíaca congestiva	9	2,4
Pancreatitis	8	2,2
Infección del tracto urinario	7	1,9
Neoplasia de ovario	7	1,9
Neumonía basal	7	1,9
Infarto agudo de miocardio	6	1,6
Inducción	6	1,6
Infección respiratoria	6	1,6
Neoplasia maligna de endometrio	6	1,6
Trabajo de parto	6	1,6
Accidente cerebro vascular	5	1,4
Hiponatremia	5	1,4

Ictus isquémico	5	1,4
Pielonefritis	5	1,4
Neumonía	5	1,4
...		
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Las variables relativas a *Diagnósticos activos* y *Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria* abordaron la aplicabilidad clínica de NANDA-I a través del análisis de un total de N=2015 Etiquetas diagnósticas incluidas en los ICE.

#### *Diagnósticos activos*

El bloque de *Diagnósticos activos* atiende a la relación de problemas de salud identificados, tanto al ingreso como al alta hospitalaria, pero que no han sido resueltos durante la estancia hospitalaria. La totalidad de estas Etiquetas diagnósticas correspondió a n=1922 (95,38%) (Anexo 11). Los DE que se etiquetaron mayor número de veces fueron *Riesgo de infección* n=235 (12,2%), *Riesgo de sangrado* n=140 (7,3%), *Deterioro de la movilidad física* n=89 (4,6%) y *Dolor agudo* n=84 (4,4%), tal como se muestra en la Tabla 26.

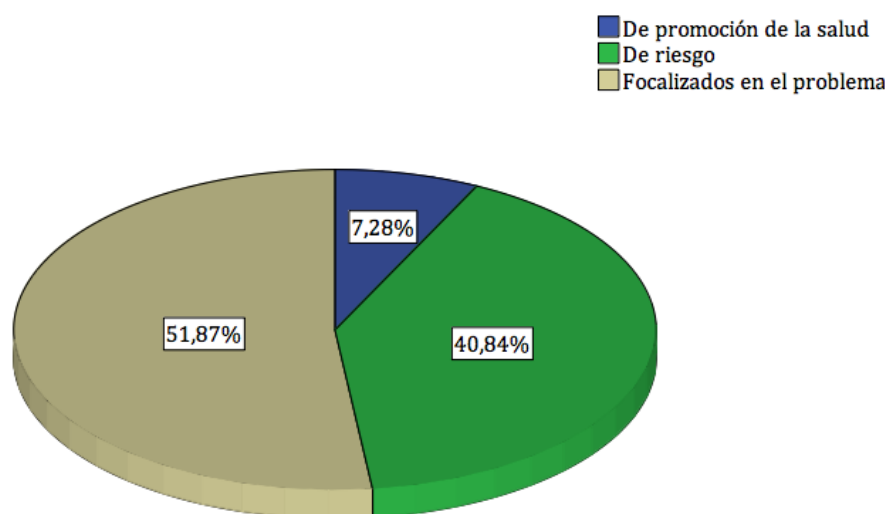
**Tabla 26. Diagnósticos activos prevalentes**

Diagnósticos activos	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de infección	235	12,2
Riesgo de sangrado	140	7,3
Deterioro de la movilidad física	89	4,6
Dolor agudo	84	4,4
Déficit de autocuidado: baño	69	3,6
Intolerancia a la actividad	66	3,4
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	64	3,3
Disconfort	62	3,2
Déficit de autocuidado: vestido	59	3,1
Riesgo de nivel de glucemia inestable	49	2,5
Riesgo de estreñimiento	48	2,5
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	44	2,3
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	42	2,2
Riesgo de caídas	42	2,2
Ansiedad	37	1,9
Insomnio	36	1,9
Déficit de autocuidado: alimentación	31	1,6
Disposición para mejorar el autocuidado	23	1,2
Disposición para mejorar el proceso de maternidad	23	1,2

Disposición para mejorar los conocimientos	23	1,2
...		
<b>Total</b>	<b>1922</b>	<b>100</b>

Atendiendo a la tipología diagnóstica establecida por NANDA-I, correspondieron a *focalizados en el problema* n=997 (51,9%), *de riesgo* n=785 (40,8%) y *de promoción de la salud* n=140 (7,3%), tal como puede observarse en Gráfico 5.

**Gráfico 5. Tipología de los Diagnósticos activos**



Las enfermeras registraron n=2906 FR/Fr (Anexo 12). Entre las etiologías de estos diagnósticos activos, se identificaron mayoritariamente *deterioro neuromuscular* n=158 (5,4%), *dolor* n=115 (4%), *deterioro músculo esquelético* n=97 (3,3%), *cirugía* n=82 (2,8%), *ser portador de vía venosa* n=76 (2,6%) y *procedimientos invasivos* n=73 (2,5%), tal como se muestra en la Tabla 27.

**Tabla 27. Factores relacionados/Factores de riesgo prevalentes en los Diagnósticos activos**

Factores relacionados/Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Deterioro neuromuscular	158	5,4
Dolor	115	4
Deterioro músculo esquelético	97	3,3
Cirugía	82	2,8
Ser portador de vía venosa	76	2,6
Procedimientos invasivos	73	2,5
Encamamiento	53	1,8

Infección	51	1,8
Sonda vesical	48	1,7
Deterioro de la movilidad física	43	1,5
Deterioro del estado físico	39	1,3
Vía venosa periférica	39	1,3
Síntomas relacionados con la enfermedad	37	1,3
...		
<b>Total</b>	<b>2906</b>	<b>100</b>

Del mismo modo, los registros incluyeron n=1853 CD (Anexo 13). En la distribución de frecuencias destacó con mayor número *limitación de la capacidad para las actividades motoras groseras* n=75 (4%), *observación de evidencias de dolor* n=61 (3,3%), *incapacidad para acceder al cuarto de baño* n=58 (3,3%) y *disnea* n=51 (2,8%), tal como se muestra en la Tabla 28.

**Tabla 28. Características definitorias prevalentes en los Diagnósticos activos**

Características definitorias	Frecuencia	Porcentaje
Limitación de la capacidad para las actividades motoras groseras	75	4
Observación de evidencias de dolor	61	3,3
Incapacidad para acceder al cuarto de baño	58	3,3
Disnea	51	2,8
Incapacidad para llegar al inodoro	38	2,1
Postura para evitar el dolor	38	2,1
Expresa dolor	37	2
Gestos de protección	36	1,9
Disnea de esfuerzo	35	1,9
Deterioro para ponerse y quitarse la ropa, zapatos, calcetines	28	1,5
Incapacidad para manejar los utensilios	26	1,4
Informes verbales de fatiga	26	1,4
Incapacidad para cortar los alimentos	25	1,3
Incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación	25	1,3
Malestar debido al esfuerzo	25	1,3
Informe verbal de dolor	24	1,3
Dificultad para girarse	23	1,2
Expresa interés en el aprendizaje	22	1,2
...		
<b>Total</b>	<b>1853</b>	<b>100</b>

Al distribuir los Diagnósticos activos según nivel de Clase, el mayor número correspondió a *Lesión física* n=329 (17,1%), *Autocuidado* n=251 (13,1%) e *Infección* n=235 (12,2%), tal como se muestra en la Tabla 29.

**Tabla 29. Diagnósticos activos según Clase**

Clase	Frecuencia	Porcentaje
Lesión física	329	17,1
Autocuidado	251	13,1
Infección	235	12,2
Respuestas cardiovasculares/pulmonares	151	7,9
Actividad/ejercicio	127	6,6
Confort físico	96	5
Gestión de la salud	96	5
Función gastrointestinal	71	3,7
Confort del entorno	62	3,2
Ingestión	55	2,9
Metabolismo	55	2,9
Respuestas de afrontamiento	55	2,9
Sueño/reposo	54	2,8
Cognición	51	2,7
Función urinaria	46	2,4
Hidratación	42	2,2
Reproducción	29	1,5
Termorregulación	22	1,1
Equilibrio de la energía	19	1
Autoconcepto	18	0,9
Función respiratoria	15	0,8
Comunicación	14	0,7
Roles de cuidador	12	0,6
Imagen corporal	6	0,3
Toma de conciencia de la salud	5	0,3
Autoestima	2	0,1
Función sexual	2	0,1
Congruencia entre valores/creencias/acciones	1	0,1
Relaciones familiares	1	0,1
<b>Total</b>	<b>1922</b>	<b>100</b>

Con mayor número de Diagnósticos activos sobresalieron el Dominio 4 (Actividad/Reposo) n=602 (31,3%) y el Dominio 11 (Seguridad/Protección) n=586 (30,5%), tal como se muestra en la Tabla 30.

**Tabla 30. Diagnósticos activos según Dominio**

Dominio	Frecuencia	Porcentaje
1 Promoción de la salud	101	5,3
2 Nutrición	152	7,9
3 Eliminación e intercambio	132	6,9
4 Actividad/Reposo	602	31,3
5 Percepción/Cognición	65	3,4
6 Autopercepción	26	1,4
7 Rol/Relaciones	13	0,7
8 Sexualidad	31	1,6
9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés	55	2,9
10 Principios vitales	1	0,1
11 Seguridad/Protección	586	30,5
12 Confort	158	8,2
13 Crecimiento/Desarrollo	0	0
<b>Total</b>	<b>1922</b>	<b>100</b>

*Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria*

Este bloque corresponde a los problemas de salud resueltos durante la estancia hospitalaria, entre los que se contabilizaron n=93 (4,62%) Etiquetas diagnósticas. En relación a la distribución de frecuencias de los diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria, destacaron con mayor número: *Riesgo de infección* n=23 (24,7%), *Riesgo de sangrado* n=12 (12,9%) y *Dolor agudo* n=6 (6,5%), tal como se muestra en la Tabla 31.

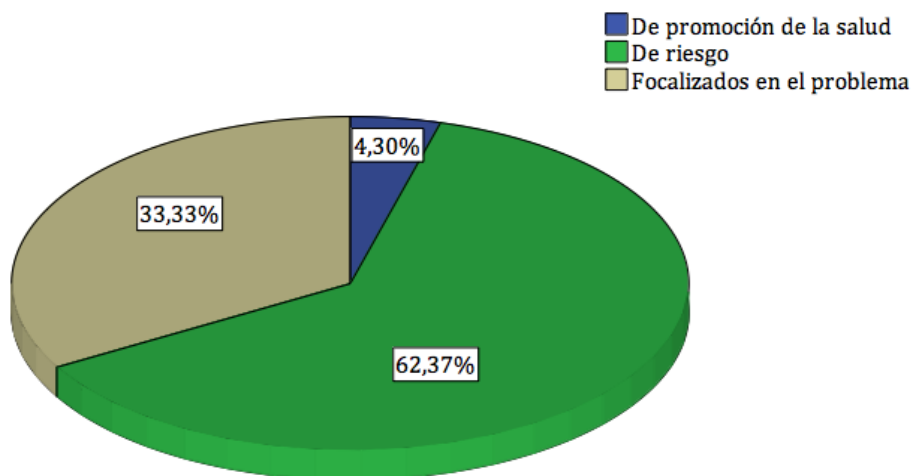
**Tabla 31. Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria**

Diagnósticos resueltos	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de infección	23	24,7
Riesgo de sangrado	12	12,9
Dolor agudo	6	6,5
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	5	5,4
Riesgo de nivel de glucemia inestable	4	4,3
Déficit de autocuidado: baño	3	3,2
Disconfort	3	3,2
Riesgo de estreñimiento	3	3,2
Déficit de actividades recreativas	2	2,2
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	2	2,2
Déficit de autocuidado: vestido	2	2,2
Riesgo de desequilibrio electrolítico	2	2,2
Riesgo de traumatismo vascular	2	2,2
Deterioro de la dentición	1	1,1

Deterioro de la eliminación urinaria	1	1,1
Deterioro de la movilidad física	1	1,1
Deterioro de la mucosa oral	1	1,1
Diarrea	1	1,1
Disposición para mejorar el autocuidado	1	1,1
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	1	1,1
Disposición para mejorar la nutrición	1	1,1
Disposición para mejorar los conocimientos	1	1,1
Exceso de volumen de líquidos	1	1,1
Insomnio	1	1,1
Intolerancia a la actividad	1	1,1
Náuseas	1	1,1
Riesgo de alteración de la díada materno/fetal	1	1,1
Riesgo de cansancio del rol del cuidador	1	1,1
Riesgo de compromiso de la dignidad humana	1	1,1
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	1	1,1
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	1	1,1
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	1	1,1
Riesgo de intolerancia a la actividad	1	1,1
Temor	1	1,1
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	1	1,1
Trastorno de la imagen corporal	1	1,1
Trastorno del patrón del sueño	1	1,1
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

La distribución según tipología diagnóstica mostró *focalizados en el problema* n=31 (33,33%), *de riesgo* n=58 (62,37%) y *de promoción de la salud* n=4 (4,3%), tal como puede observarse en el Gráfico 6.

**Gráfico 6. Tipología de los Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria**



Los Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria contabilizaron n=147 FR/Fr (Anexo 14), destacando con mayor número *cirugía* n=13 (8,8%), *vía venosa periférica* n=13 (8,8%), *sonda vesical* n=11 (7,5%) y *redón* n=10 (6,8%), tal como se muestra en la Tabla 32.

**Tabla 32. Factores relacionados/Factores de riesgo prevalentes en los Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria**

Factores relacionados/Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	13	8,8
Vía venosa periférica	13	8,8
Sonda vesical	11	7,5
Redón	10	6,8
Accesos venosos periféricos	5	3,4
Deterioro neuromuscular	5	3,4
Procedimientos invasivos	4	2,7
Agentes lesivos	3	2
Disminución de la actividad física	3	2
...		
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

Por otra parte, los Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria sumaron n=56 CD, destacando con mayor número *expresa dolor* n=5 (8,9%), *observación de evidencias de dolor* n=4 (7,1%), *expresión verbal del paciente* n=3 (5,4%) y *postura para evitar el dolor* n=3 (5,4%), tal como se muestra en la Tabla 33.

**Tabla 33. Características definitorias de los Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria**

Características definitorias	Frecuencia	Porcentaje
Expresa dolor	5	8,9
Observación de evidencias de dolor	4	7,1
Expresión verbal del paciente	3	5,4
Postura para evitar el dolor	3	5,4
Deterioro para ponerse y quitarse la ropa, zapatos, calcetines	2	3,6
Diaforesis	2	3,6
Expresa sentirse aburrido	2	3,6
Gestos de protección	2	3,6
Incapacidad para acceder al cuarto de baño	2	3,6
Aumento de la salivación	1	1,8
Aversión a los alimentos	1	1,8
Caries	1	1,8
Conducta expresiva	1	1,8



Dificultad para realizar las AVD	1	1,8
Disuria	1	1,8
Edemas en MMII	1	1,8
Eliminación de al menos tres deposiciones líquidas al día	1	1,8
Expresa deseo de mejorar la nutrición	1	1,8
Expresa deseos de aumentar el autocuidado	1	1,8
Expresa interés en el aprendizaje	1	1,8
Expresar tener dificultades con los tratamientos prescritos	1	1,8
Expresión facial	1	1,8
Falta de piezas dentarias	1	1,8
Incapacidad para lavarse con total autonomía	1	1,8
Incapacidad para llegar hasta el inodoro	1	1,8
Incapacidad para realizar con total autonomía la higiene adecuada tras la evacuación	1	1,8
Incontinencia urinaria	1	1,8
Informe verbal de dolor	1	1,8
Informes verbales de fatiga	1	1,8
Inquietud	1	1,8
Lengua atrófica	1	1,8
Lengua saburra	1	1,8
Llanto	1	1,8
Malestar debido al esfuerzo	1	1,8
Preocupación por el cambio	1	1,8
Sensación nauseosa	1	1,8
Sentimientos negativos sobre el cuerpo	1	1,8
Taponamiento vaginal	1	1,8
Temor	1	1,8
Trastorno del sueño	1	1,8
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Al distribuir los resultados según Clase las Etiquetas diagnósticas correspondieron en mayor medida a la Clase *Infección* n=23 (24,7%), *Lesión física* n=22 (23,7%) y *Confort físico* n=10 (10,8%), tal como se muestra en la Tabla 34.

**Tabla 34. Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria según Clase**

Clase	Frecuencia	Porcentaje
Infección	23	24,7
Lesión física	22	23,7
Confort físico	10	10,8
Autocuidado	8	8,6
Función gastrointestinal	4	4,3
Hidratación	4	4,3
Metabolismo	4	4,3
Respuestas cardiovasculares/pulmonares	3	3,2

Gestión de la salud	2	2,2
Sueño/reposo	2	2,2
Toma de conciencia de la salud	2	2,2
Actividad/ejercicio	1	1,1
Autoconcepto	1	1,1
Cognición	1	1,1
Función urinaria	1	1,1
Imagen corporal	1	1,1
Ingestión	1	1,1
Reproducción	1	1,1
Respuestas de afrontamiento	1	1,1
Roles del cuidador	1	1,1
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Al distribuir las Etiquetas diagnósticas según Dominio, sobresalieron con mayor número el Dominio 11 (Seguridad/Protección)  $n=45$  (48,4%) y el Dominio 4 (Actividad/Reposo) con  $n=14$  (15,1%), tal como se muestra en la Tabla 35.

**Tabla 35. Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria según Dominio**

Dominio	Frecuencia	Porcentaje
1 Promoción de la salud	4	4,3
2 Nutrición	9	9,7
3 Eliminación e intercambio	5	5,4
4 Actividad/Reposo	14	15,1
5 Percepción/Cognición	1	1,1
6 Autopercepción	2	2,2
7 Rol/Relaciones	1	1,1
8 Sexualidad	1	1,1
9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés	1	1,1
10 Principios vitales	0	0
11 Seguridad/Protección	45	48,4
12 Confort	10	10,8
13 Crecimiento/Desarrollo	0	0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

En otro orden, los ICE describieron  $n=46$  problemas de salud que no se ajustaron a NANDA-I. La desvinculación se debió a la falta de coincidencia con Etiquetas diagnósticas NANDA-I o a la ausencia de formato PES. Entre ellas destacaron *Fiebre*  $n=7$  (15,2%), *Riesgo de infección*  $n=6$  (13%), *Deterioro del patrón respiratorio*  $n=4$  (8,7%) y *Dolor*  $n=4$  (8,7%), tal como se muestra en la Tabla 36.

**Tabla 36. Etiquetas diagnósticas no ajustadas a NANDA International**

Diagnóstico no ajustado a NANDA International	Frecuencia	Porcentaje
Fiebre	7	15,2
Riesgo de infección	6	13
Deterioro del patrón respiratorio	4	8,7
Dolor	4	8,7
Riesgo de estreñimiento	3	6,5
Sangrado	3	6,5
Crisis de sibilantes	2	4,3
Hipoxia	2	4,3
Alteración en la eliminación urinaria	1	2,2
Amenaza de parto prematuro	1	2,2
Eclampsia	1	2,2
Estenosis de la arteria renal e hipertensión	1	2,2
Estreñimiento	1	2,2
HAVA	1	2,2
Hiperglucemia	1	2,2
Incontinencia urinaria	1	2,2
Insuficiencia respiratoria	1	2,2
Riesgo de alteración de la eliminación urinaria	1	2,2
Riesgo de alteración en la eliminación urinaria	1	2,2
Sibilantes recurrentes	1	2,2
Sobreinfección bacteriana	1	2,2
Trastorno de la percepción sensorial auditiva	1	2,2
Trastorno de la percepción visual	1	2,2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

En relación a las etiologías de estos problemas de salud, destacaron con mayor número *parto* n=10 (26,32%), *episiotomía* n=6 (15,79%) y *puerperio* n=6 (15,79%), el resto se describen en la Tabla 37.

**Tabla 37. Etiologías de los problemas de salud no ajustados a NANDA International**

Etiologías	Frecuencia	Porcentaje
Parto	10	26,3
Episiotomía	6	15,8
Puerperio	6	15,8
Desgarro	3	7,9
Enteritis aguda	2	5,3
Hemorroides	2	5,3
Intervención quirúrgica	2	5,3
Proceso respiratorio	2	5,3

Bronquiolitis	1	2,6
Entuertos	1	2,6
Grietas en pezón	1	2,6
Proceso infeccioso	1	2,6
Vía venosa periférica	1	2,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

## 15. Fase 2. Resultados cualitativos

Los resultados alcanzados en esta fase tienen como finalidad inducir mediante un método comparativo constante los elementos para alcanzar una teoría sustantiva previa al desarrollo de un instrumento para evaluar NANDA-I.

### 15.1. Metodología cualitativa desarrollada en España

Se han realizado entrevistas a 7 informantes destacados en el área de estudio, repartidos por toda la geografía española. Estos profesionales no fueron representativos del grueso de la población, que trabaja eminentemente en el contexto asistencial con desigual nivel académico. Para favorecer la representatividad, se ha realizado una selección conveniente de los mismos. Entre los informantes escogidos, 2 desarrollaban actividad laboral de forma exclusiva en el ámbito académico y 2 en el asistencial. Otros 2 combinaban actividad académica y asistencial, mientras que 1 asociaba la académica con la gestión. 5 estaban en posesión del grado académico de Doctor y 2 Máster.

Tras realizar la transcripción literal de las entrevistas, de forma inductiva se ha determinado la presencia de 27 códigos o categorías de análisis, estructuradas en 3 grupos: *Lenguajes* (n=6), *NANDA-I* (n=10) y *Práctica asistencial* (n=11).

El número de citas extraídas fue n=428. Debido a que algunas fueron codificadas en diferentes categorías, la totalidad de citas se conformó en N=809; *Lenguajes* (n=229), *NANDA-I* (n=350) y *Práctica asistencial* (n=230). La categoría de análisis con mayor número de citas correspondió a *Desarrollo profesional* (n=77), seguida de *Conceptos específicos* (n=58), *Utilidad para la práctica asistencial* (n=57) y *Modelo asistencial enfermero* (n=55); igualmente destacó *Aspectos negativos de NANDA-I* (n=51), *Adecuación teórica de NANDA-I* (n=49) y *Fundamentación filosófica y académica de NANDA-I*, tal como se describe en la Tabla 38.

Tabla 38. Distribución de citas según códigos, grupo de códigos y documentos

	Lenguajes					NANDA-I								Práctica asistencial										N cita/ documento				
	Comunicación entre profesionales	Conceptos específicos	Desarrollo profesional	Intereses de mercado	Sistemas de clasificación	Sistemas de información	Adecuación teórica	Aspectos negativos	Aspectos positivos	Evidencia científica	Fundamentación filosófica/académica	Juicio Diagnóstico	Propuesta de mejoras	Reconocimiento internacional	Utilidad para la práctica asistencial	Validación de diagnósticos	Autonomía enfermera	Costumbres adquiridas	Dependencia del médico	Equipo multidisciplinar	Formación pregrado	Gestión sanitaria	Interdependencia o colaboración		Modelo asistencial enfermero	Pensamiento crítico	Transdisciplinariedad	Valoración realizada por los enfermeros
E1	7	17	22	4	20	11	9	26	9	11	10	14	9	6	11	9	6	1	0	3	0	11	3	11	0	1	2	233
E2	1	0	8	0	4	0	2	0	0	3	3	1	0	0	9	6	4	3	6	1	0	4	1	7	0	4	7	74
E3	6	7	11	0	6	0	5	7	2	6	3	4	2	1	7	4	2	1	6	2	0	1	4	11	0	2	1	101
E4	3	10	11	2	2	4	17	4	1	3	15	5	4	1	2	2	7	0	1	3	2	3	7	10	8	7	3	137
E5	14	5	5	0	6	1	13	5	0	1	9	8	2	0	20	2	6	0	1	5	4	3	2	4	2	6	4	128
E6	1	5	6	0	0	0	3	0	1	1	1	0	1	1	3	1	4	1	0	1	0	0	2	5	0	2	0	39
E7	1	14	14	0	1	0	0	9	0	6	1	2	6	3	5	13	7	2	1	1	1	0	1	7	1	1	0	97
N cita/ código	33	58	77	6	39	16	49	51	13	31	42	34	24	12	57	37	36	8	15	16	7	22	20	55	11	23	17	
N cita/ grupo código	229					350								230														

Con la finalidad de determinar la relevancia y vinculación de cada categoría de análisis, se procedió a identificar las coocurrencias entre códigos. Para ello se ha estipulado 5 niveles, designados con colores: blanco (ninguna coocurrencia), verde (1-9 coocurrencias), naranja (10-14 coocurrencias), amarillo (15-19 coocurrencias) y rojo (20 o más coocurrencias). En primer lugar, destacaron las coocurrencias *Adecuación teórica - Fundamentación filosófica/académica* (n=29). En segundo lugar, la categoría de análisis *Desarrollo profesional* mostró coocurrencias con todas las demás categorías, entre las que destacaron *Conceptos específicos* (n=23), *Autonomía enfermera* (n=16) y *Modelo asistencial enfermero* (n=16). En tercer lugar, las coocurrencias *Validación de diagnósticos - Evidencia científica* (n=16) y *Conceptos específicos - Adecuación teórica* (n=15), tal como se observa en la Tabla 39.

Tabla 39. Coocurrencias entre categorías analíticas

		Lenguajes					NANDA-I										Práctica asistencial											
		Comunicación entre profesionales	Conceptos específicos	Desarrollo profesional	Intereses de mercado	Sistemas de clasificación	Sistemas de información	Adecuación teórica	Aspectos negativos	Aspectos positivos	Evidencia científica	Fundamentación filosófica/académica	Juicio Diagnóstico	Propuesta de mejoras	Reconocimiento internacional	Utilidad para la práctica asistencial	Validación de diagnósticos	Autonomía enfermera	Costumbres adquiridas	Dependencia del médico	Equipo multidisciplinar	Formación pregrado	Gestión sanitaria	Interdependencia o colaboración	Modelo asistencial enfermero	Pensamiento crítico	Transdisciplinariedad	Valoración realizada por enfermeras
Lenguajes	Comunicación entre profesionales	0	8	11	0	3	3	4	4	1	0	3	4	0	1	14	1	4	0	1	6	0	2	3	5	1	4	0
	Conceptos específicos	8	0	23	0	12	3	15	2	1	4	10	12	2	4	6	1	13	0	1	2	0	0	3	4	2	5	0
	Desarrollo profesional	11	23	0	1	11	6	8	2	5	2	12	7	5	5	8	3	16	2	3	4	3	5	3	16	1	2	2
	Intereses de mercado	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0
	Sistemas de clasificación	3	12	11	1	0	7	2	8	2	3	4	5	4	1	6	4	3	0	1	0	0	4	2	1	0	1	1
NANDA-I	Sistemas de información	3	3	6	0	7	0	0	0	1	0	2	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0	4	0	2	0	0	2
	Adecuación teórica	4	15	8	0	2	0	0	5	0	3	29	8	2	0	13	2	10	0	2	2	0	1	1	13	5	1	2
	Aspectos negativos	4	2	2	1	8	0	5	0	1	10	6	8	5	1	14	14	0	0	1	0	1	2	1	6	1	0	2
	Aspectos positivos	1	1	5	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	Evidencia científica	0	4	2	0	3	0	3	10	0	0	1	6	3	1	3	16	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1
	Fundamentación filosófica/académica	3	10	12	0	4	2	29	6	0	1	0	3	3	0	9	2	7	0	1	0	1	3	2	12	6	1	2
	Juicio Diagnóstico	4	12	7	1	5	0	8	8	0	6	3	0	1	1	7	3	4	0	1	2	1	0	2	5	1	4	1
	Propuesta de mejoras	0	2	5	1	4	2	2	5	0	3	3	1	0	1	3	7	0	0	0	0	1	2	0	2	1	0	0
	Reconocimiento internacional	1	4	5	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	4	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
	Utilidad para la práctica asistencial	14	6	8	0	6	0	13	14	3	3	9	7	3	4	0	2	4	1	0	2	0	5	1	6	1	2	7
	Validación de Diagnósticos	1	1	3	0	4	0	2	14	1	16	2	3	7	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Práctica asistencial	Autonomía enfermera	4	13	16	1	3	1	10	0	0	0	7	4	0	0	4	0	0	0	1	2	0	1	3	6	2	3
Costumbres adquiridas		0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	1	0
Dependencia del médico		1	1	3	0	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	9	0	1	1
Equipo multidisciplinar		6	2	4	0	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	5	3	0	8	0
Formación pregrado		0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
Gestión sanitaria		2	0	5	3	4	4	1	2	2	0	3	0	2	1	5	0	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0
Interdependencia o colaboración		3	3	3	0	2	0	1	1	0	1	2	2	0	0	1	0	3	0	2	5	0	0	0	4	1	9	0
Modelo asistencial enfermero		5	4	16	1	1	2	13	6	0	2	12	5	2	1	6	0	6	2	9	3	2	3	4	0	4	1	5
Pensamiento crítico		1	2	1	0	0	0	5	1	0	0	6	1	1	0	1	0	2	0	0	0	2	0	1	4	0	0	0
Transdisciplinariedad		4	5	2	0	1	0	1	0	0	0	1	4	0	0	2	0	3	1	1	8	0	0	9	1	0	0	0
Valoración realizada por enfermeras	0	0	2	0	1	2	2	2	0	1	2	1	0	0	7	0	0	0	1	0	0	0	0	5	0	0	0	

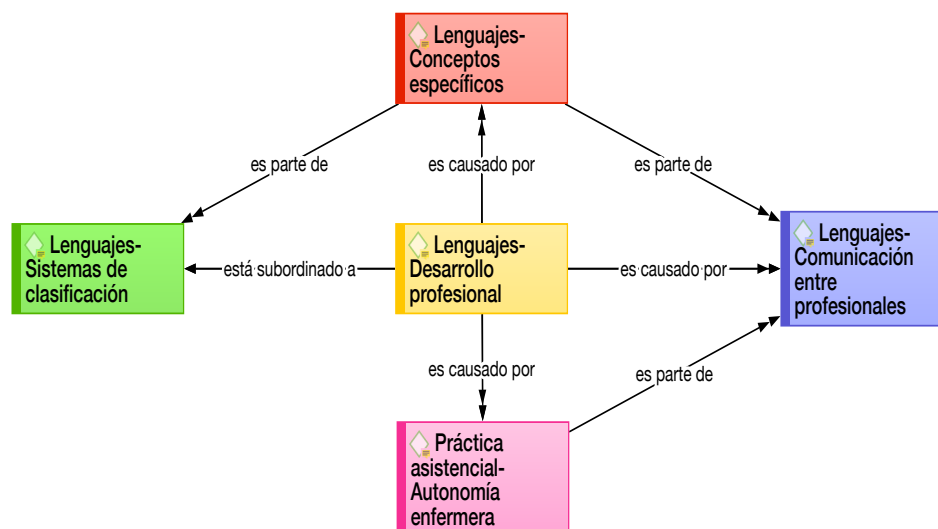
En primer lugar, se describen los hallazgos que abordan la percepción de los informantes en relación a la influencia de los lenguajes enfermeros para el desarrollo profesional. Para profundizar en este aspecto se han analizado las coocurrencias de la categoría analítica *Lenguajes-Desarrollo profesional* con *Lenguajes-Conceptos específicos* (n=23), *Práctica asistencial-Autonomía enfermera* (n=16), *Lenguajes-Comunicación entre profesionales* (n=11) y *Lenguajes-Sistemas de clasificación* (n=11), tal como se muestra en la Tabla 40.

**Tabla 40. Coocurrencias con la categoría Lenguajes-Desarrollo profesional**

	Lenguajes-Desarrollo profesional	
	Número	Coefficiente
<b>Lenguajes-Conceptos específicos</b>	23	0,21
<b>Práctica asistencial-Autonomía enfermera</b>	16	0,16
<b>Lenguajes-Comunicación entre profesionales</b>	11	0,11
<b>Lenguajes-Sistemas de clasificación</b>	11	0,1

La red semántica de interrelaciones ha mostrado que el desarrollo profesional se ve favorecido por el uso de conceptos específicos y la práctica enfermera autónoma, a través del que se efectúa la adecuada comunicación interprofesional, tal como puede observarse en la Figura 14.

**Figura 14. Desarrollo profesional y lenguajes enfermeros**



A través del análisis de contenido, se revelaron las opiniones de los informantes sobre la existencia, desarrollo y finalidad de las terminologías, especialmente los DE:

*E5: “(...) es fundamental tener un lenguaje común, porque es la única manera de entendernos, (...) de poder investigar, (...) tener un lenguaje estandarizado.*

*E6: “(...) sin diagnósticos no vamos a desarrollarnos ni vamos a vertebrarnos como disciplina, ni nos va a permitir crecer; ¡vale!. Es imprescindible estructurarnos para poder conceptualizar y seguir desarrollándonos”.*

Algunos informantes han señalado que la problemática del uso de lenguajes enfermeros se ha debido a la circunstancia de que durante mucho tiempo NANDA-I haya sido el único sistema clasificatorio utilizado, marcando una ruta fija para el desarrollo de la Enfermería en el contexto español:

*E1: “(...) mi opinión en ese sentido es que cuando no hay alternativas, y cuando uno no tiene nada más, NANDA es mejor que nada, seguro (...)”.*

En este orden, otros informantes afirmaron la posibilidad de que NANDA-I haya alcanzado el grado de madurez necesario para su aplicación clínica:

*E3: “(...) NANDA ya está bastante mejorada y es mi opinión personal, considero que se ha alcanzado un nivel de desarrollo importante (...)”.*

Aunque existió un debate sobre las bondades y dificultades derivadas de la diversidad de sistemas terminológicos, su trascendencia para desarrollar las competencias enfermeras en el seno de equipos multidisciplinares se centró en el proceso de comunicación erigido:

*E3: “(...) no entro en una discusión que distinga clasificación frente a taxonomía, a mi me da igual, creo que es, (...) una discusión insulsa que no conduce a ningún sitio; (...) no estamos ante un problema con los lenguajes o con las taxonomías, (...) se trata de un problema de comunicación, de nuestra capacidad para transmitir y comunicarnos*

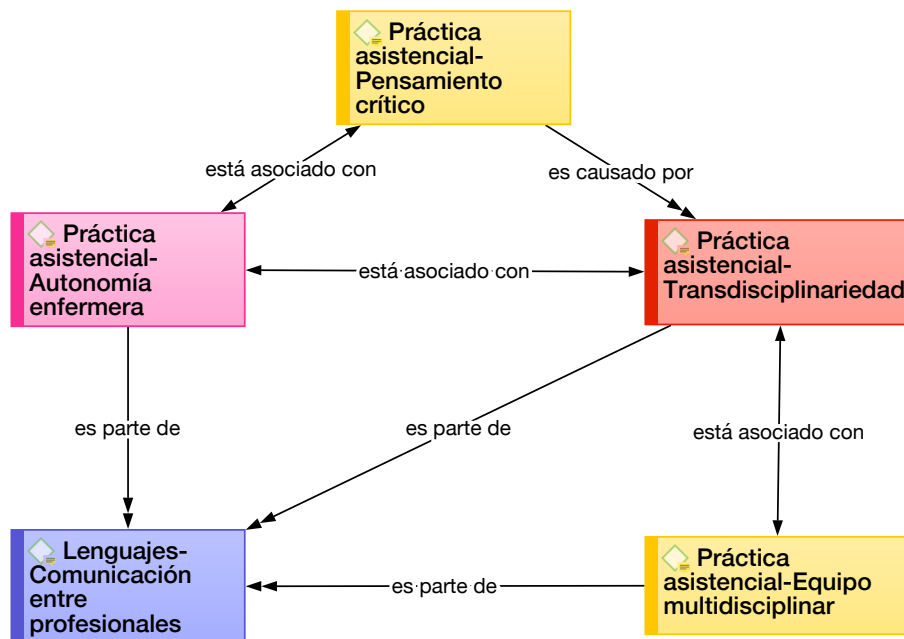


entre profesionales; las clasificaciones o taxonomías son elementos estructurales que nos aportan herramientas para comunicarnos (...)”.

Esta disparidad reflejó el horizonte de la práctica clínica actual. La ausencia de homogeneidad en los criterios para el desarrollo y uso de los DE ilustró la línea divisoria de la práctica enfermera autónoma. Por todo ello, se ha desarrollado una nueva red semántica de interrelaciones que describen la percepción de nuestros informantes en relación a la práctica clínica interdisciplinar.

Así, la práctica transdisciplinar reflexiva constituye un adecuado mecanismo para la comunicación eficaz, efectiva y eficiente entre los miembros de un equipo multidisciplinar, tal como se observa en la Figura 15.

**Figura 15. Práctica clínica transdisciplinar y comunicación**



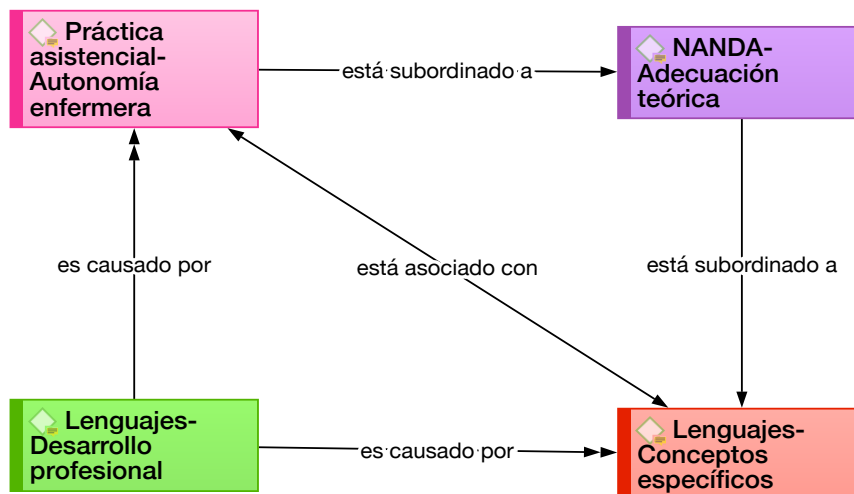
En segundo lugar, los hallazgos han expuesto la confrontación acerca de la especificidad de los contenidos y la adecuación teórica de NANDA-I. Para ello, se han analizado las coocurrencias de la categoría analítica *Lenguajes-conceptos específicos* con *Lenguajes-Desarrollo profesional* (n=23), *NANDA-Adecuación teórica* (n=15) y *Práctica asistencial-Autonomía enfermera* (n=13), tal como se muestra en la Tabla 41

Tabla 41. Coocurrencias con la categoría Lenguajes-conceptos específicos

	Lenguajes-Conceptos específicos	
	Número	Coficiente
<b>Lenguajes-Desarrollo profesional</b>	23	0,21
<b>NANDA-Adecuación teórica</b>	15	0,16
<b>Práctica asistencial-Autonomía enfermera</b>	13	0,16
<b>Lenguajes-Sistemas de clasificación</b>	12	0,14
<b>Lenguajes-Comunicación entre profesionales</b>	8	0,1
<b>NANDA-Utilidad para la práctica asistencial</b>	6	0,06
<b>Lenguajes-Sistemas de información</b>	3	0,04

La red semántica muestra la vinculación que existe entre la autonomía de las enfermeras y la implementación de una terminología dotada de especificidad para el desarrollo profesional, lo que se ve favorecido por el ajuste teórico de clasificaciones diagnósticas como NANDA-I, tal como se observa en la Figura 16.

Figura 16. Adecuación teórica y desarrollo profesional



Los informantes han manifestado perspectivas positivas y negativas de los conceptos incluidos en NANDA-I. La trascendencia y repercusión de esta clasificación para el desarrollo de la competencia diagnóstica en el panorama internacional ha sido destacada:

*E1: “(...) NANDA fue el primer lenguaje enfermero (...) ha ayudado y contribuido durante muchos años a hacer visible el propio concepto, o la idea de diagnóstico enfermero; de que las enfermeras diagnostican y eso tiene un enorme valor (...)”.*

En este desarrollo han sido imprescindibles las crecientes aportaciones de numerosos investigadores en el panorama internacional:

*E3: “(...) de hecho ya no son solo las norteamericanas las que desarrollan NANDA. Cada vez más en Latinoamérica, Europa, Asia son las que están liderando el desarrollo de la clasificación; en Brasil se han dedicado y se dedican muchos estudios a validar clínicamente los diagnósticos enfermeros”.*

Los informantes han advertido que las bondades y carencias derivadas del uso clínico de NANDA-I estaban directamente relacionadas con su representación en la práctica, tanto en el ámbito asistencial como en la docencia e investigación:

*E4: “Claro, creo que puede tenerlas en la medida en que cualquier taxonomía diagnóstica las tiene, es decir, hay una serie de bondades. Si se utilizara adecuadamente, se retroalimentaría adecuadamente y crecería adecuadamente (...)”.*

La manera cómo se ha aplicado NANDA-I ha estado muy vinculada al catálogo de conceptos e indicadores diagnósticos:

*E1: “(...) se vieron en la necesidad de justificar, ya que no había una fundamentación filosófica y teórica fuerte detrás; de justificar, un poco, el método de consolidación de la clasificación y su contenido; para hacer esta validación de contenido, pues utilizaron el método Fehring, claro, el método Fehring, en parte, se basa en opinión de expertos y ahí también soy crítica, porque ¿quién es experto?”.*

Entre los aspectos positivos de NANDA-I, se ha destacado su contribución a la visibilidad de las enfermeras en los sistemas de salud:

E1: “ (...) ha obligado, de alguna forma, a los diferentes servicios de salud de todas las comunidades autónomas a considerar la importancia de los registros enfermeros y a considerar la importancia de incluir las prestaciones de cuidados y el proceso de Enfermería en el despliegue de los sistemas de información asistenciales (...)”.

E1: “(...) yo veo muy positivo el uso de NANDA como si fueran los GRD (grupos relacionados por el diagnóstico) enfermeros, por entendernos (...)”.

Del mismo modo, se ha destacado la contribución de NANDA-I al desarrollo de la actividad investigadora:

E6: “(...) tenemos ahí un filón infinito de investigación y de mejora (...)”.

E7: “(...) sea buena o mala es necesaria, porque si no no podríamos investigar, no podríamos generar evidencia; si no generamos evidencia a través de las intervenciones que hacemos (...) la Enfermería nunca va a tomar a nivel profesional la relevancia que debe tener (...)”.

Además, NANDA-I ha contribuido considerablemente al desarrollo de la comunicación interprofesional:

E3: “Para mi las clasificaciones son positivas en el sentido que permiten unificar criterios de comunicación”.

No obstante, algunos informantes han destacado sus aspectos negativos. En este sentido, se ha criticado su inadecuación para la atención clínica directa, puesto que los sistemas clasificatorios ha sido diseñados para la agregación conceptual:

E1: “(...) las clasificaciones no están pensadas para su uso en la práctica, están pensadas para agregar información, para la explotación de datos, para la gestión (...) intentar encajar una clasificación que tiene un nivel de abstracción tan elevado como el que tiene NANDA en la práctica es (...) bueno (...) poco factible y creo que esto se ha ido demostrando con el tiempo (...)”.

Entre las críticas a NANDA-I, se encontraron los cuestionados problemas con la traducción y adaptación transcultural de la clasificación, así como su inadaptación competencial a la práctica clínica de las enfermeras en los distintos contextos internacionales:

*E7: “(...) entiendo que quizás esa internacionalización implica meter conceptos que nos chirrían, pero es que a ellos les chirriaría no tenerlos; entonces, lo mismo nos estamos mirando mucho al ombligo. (...) Tenemos que tener un poco de tolerancia mental para entender que hay realidades y que nadie te obliga a utilizar ese diagnóstico y que a nadie, ni a mi me molesta ese folio ahí (...)”.*

*E6: “(...) hay otros problemas de traducción, bueno está desarrollada en otros contextos y a lo mejor no son equiparables al nuestro los roles de Enfermería en otros países; a lo mejor no son los mismos, (...) lo que ocurre realmente es que en la práctica clínica general no podemos desarrollar todo lo que somos capaces de desarrollar (...)”.*

Otros aspectos negativos incumbieron a la cantidad de registros realizados por las enfermeras que han sido susceptibles de incrementar la cantidad de información irrelevante para el proceso asistencial:

*E1: “(...) yo creo que genera un volumen enorme de datos, pero no genera información ni conocimiento (...). Hay bastantes diagnósticos que son inconsistentes en NANDA; bastantes características definitorias que no son explicativas del diagnóstico en sí (...). En Estados Unidos, la última encuesta sobre lenguajes enfermeros es de finales de 2015 (...) y NANDA-NIC-NOC eran las terminologías peor puntuadas por la enfermeras americanas. Por delante estaba SNOMED, estaba CIPE, estaba CCC, OMAHA (...)”.*

Con la finalidad de mejorar algunos de estos aspectos, los informantes consideraron la necesidad de optimizar los procesos para la validación de la clasificación, sobre todo relativo a los aspectos clínicos:

E3: “(...) en cuanto a la validación clínica, creo que lo que es necesario es aumentar las muestras poblacionales de los estudios para mejorar la fiabilidad de los resultados”.

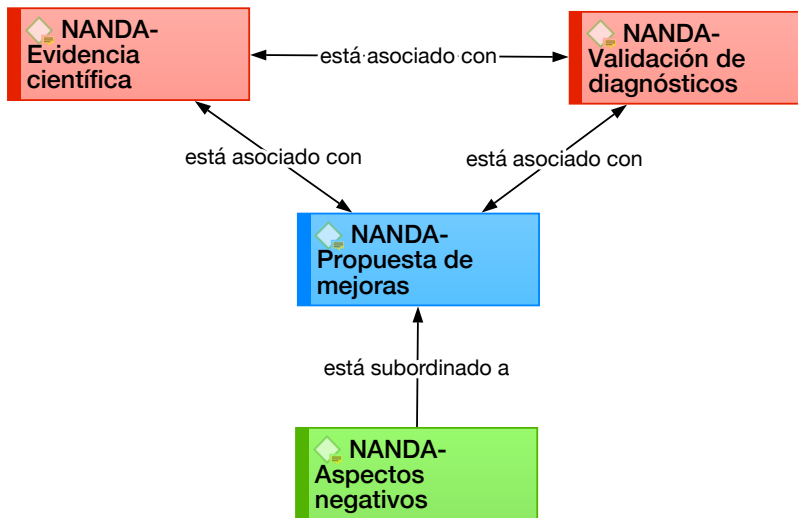
E1: “(...) de hecho hay diagnósticos en NANDA que no tienen ninguna evidencia, porque no hay producción científica (...)”.

Por un lado, los informantes han aportado hallazgos sobre los contenidos de NANDA-I. El abordaje ha sido desde una perspectiva en la que éstos han analizado posibles mejoras de su configuración mediante el abordaje a la categoría analítica *NANDA-Propuestas de mejora* a través de sus coocurrencias con *NANDA-Validación de diagnósticos* (n=7), *NANDA-Aspectos negativos* (n=5), *NANDA-Evidencia científica* (n=3) y *NANDA-Utilidad para la práctica asistencial* (n=3), tal como se muestra en la Tabla 42.

**Tabla 42. Coocurrencias con la categoría NANDA-Propuestas de mejora**

	NANDA-Propuestas de mejora	
	Número	Coficiente
NANDA-Validación de diagnósticos	7	0,13
NANDA-Aspectos negativos	5	0,07
NANDA-Evidencia científica	3	0,06
NANDA-Utilidad para la práctica asistencial	3	0,04
NANDA-Aspectos positivos	0	0

Las interrelaciones entre estas categorías señalan que las mejoras en NANDA-I pasan por la reducción de sus aspectos negativos, lo cual está vinculado a los resultados y conclusiones proporcionados por las investigaciones en el ámbito de la validación de diagnósticos. Todo ello mediante diseños metodológicos que proporcionen niveles adecuados de evidencia científica, trascendentales para su utilidad clínica, tal como se observa en la Figura 17.

**Figura 17. Aspectos que influyen en la mejora de NANDA Internacional**

Según los expertos, la configuración estructural fue una de las debilidades de NANDA-I. Al igual que sucedía con otros sistemas clasificatorios, las inconsistencias, incoherencias y duplicidades deberían ser sistemáticamente eliminadas para aumentar la fiabilidad de la taxonomía. Entre estas inconsistencias señalaron limitaciones en el rigor metodológico y falta de evidencias para estipular los indicadores diagnósticos:

*E1: "(...) no me pueden vender la moto (...) de que los diagnósticos NANDA se basan en la evidencia y que el método Fehring garantiza no se qué (...)"*

*E1: "(...) la desatención unilateral, es un diagnóstico del que prácticamente no hay producción científica enfermera (...) no había ni 5 artículos publicados, en revistas indexadas, aunque no tengan factor impacto (...) y este es uno de los diagnósticos que en la versión uno o dos de NANDA ya aparecía, (...) 40 años después lo mantienen"*

*E1: "(...) cuando haces una búsqueda en PubMed o en CINHALL sobre estos conceptos como diagnósticos enfermeros, no existen, o hay un artículo por ahí publicado (...) muy poca cosa"*

Algunos informantes han planteado dudas sobre la viabilidad diagnóstica de la tipología "de promoción de la salud" dado que no dispusieron de factores etiológicos:

E1: “(...) los diagnósticos de salud (...) los de disposición para mejorar (...) lo que sea (...) si buscas artículos científicos sobre estos diagnósticos prácticamente no encontrarás nada; había uno sobre la disposición para mejorar la religiosidad, creo que era. Había otro para (...) Internamente (...) hay que aceptarlo porque es una decisión de NANDA. (...) Externamente se le puede hacer bastante críticas”.

Aunque estas inconsistencias han sido mejoradas en las sucesivas ediciones de NANDA-I, se apreció la necesidad de aumentar su fiabilidad y concreción conceptual:

E1: “(...) hemos creado un sesgo sistemático con el uso de NANDA en la práctica, hay un error que se ha ido repitiendo, que es querer utilizar una clasificación para describir las situaciones específicas que vemos y que diagnosticamos en la práctica; eso es un sesgo sistemático (...) Sin duda difícil de corregir porque llevamos muchos años; entonces hay mucho trabajo por hacer”.

Por otra parte, el abordaje sobre la adecuación teórica de NANDA-I ha proporcionado una serie de reseñas marcadas por una opinión claramente segmentada. Por una parte, se ha estimado que NANDA-I debía contemplar etiquetas e indicadores diagnósticos correspondientes a distintas áreas competenciales, tanto de la esfera independiente como interdependiente. Contrariamente, se ha argumentado que NANDA-I debería restringir las etiquetas e indicadores diagnósticos, ciñéndose a las afines con las competencias autónomas de la Enfermería, de manera que contribuyan al desarrollo del cuerpo de conocimientos específico, ajustado a los conceptos centrales de la disciplina y al metaparadigma enfermero.

Las coocurrencias con la categoría analítica *NANDA-Adecuación teórica* correspondieron a *NANDA-Fundamentación filosófica y académica* (n=29), *Práctica asistencial-Modelo asistencial enfermero* (n=13) y *Práctica asistencial-Autonomía enfermera* (n=10), tal como se muestra en la Tabla 43.

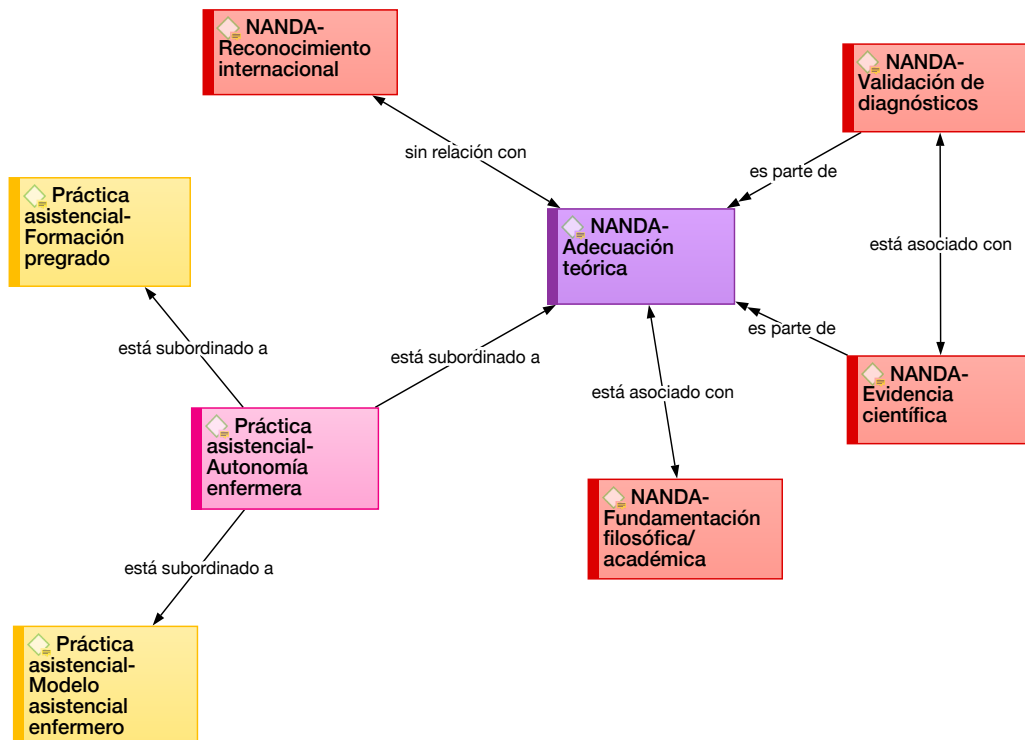


**Tabla 43. Coocurrencias con la categoría NANDA-Adecuación teórica**

	<b>NANDA-Adecuación teórica</b>	
	<b>Número</b>	<b>Coefficiente</b>
<b>NANDA-Fundamentación filosófica/académica</b>	29	0,48
<b>Práctica asistencial-Modelo asistencial enfermero</b>	13	0,15
<b>Práctica asistencial-Autonomía enfermera</b>	10	0,15
<b>NANDA-Evidencia científica</b>	3	0,04
<b>NANDA-Validación de diagnósticos</b>	2	0,03
<b>NANDA-Reconocimiento internacional</b>	0	0
<b>NANDA-Formación Pregrado</b>	0	0

La red semántica de interrelaciones de categorías analíticas implicadas muestra dos aspectos. Primero, que el reconocimiento internacional de NANDA-I no está vinculado a su filiación teórica; en este proceso de adecuación entre NANDA-I y la disciplina enfermera es necesario que se mejoren los procesos de validación diagnóstica normativa y funcional, estableciendo niveles de evidencia científica para una práctica asistencial eficiente, rigurosa, fiable y segura. Segundo, que la práctica asistencial autónoma de las enfermeras requiere acometer adaptaciones curriculares en los planes de estudios formativos del grado de Enfermería, imbricando un modelo asistencial en el que convivan las competencias diagnósticas disciplinares y las profesionales, tal como se observa en la Figura 18.

Figura 18. Elementos para la adecuación teórica de NANDA Internacional



Las citas efectuadas por los informantes mostraron argumentos suficientes para comprender las dificultades que envolvían el fenómeno planteado.

*E5: "(...) Hay que ser un poco flexible con el uso de estos lenguajes, sobre todo en función del modelo conceptual al que tu te adscribes, o sea, hay diagnósticos que jamás he empleado y jamás emplearé, porque no los entiendo como un déficit de autocuidado, no los entiendo como algo para ayudar a la persona, para que acabe desarrollando las competencias para (...) auto manejar su situación y ser, bueno pues eso, autónomo (...)".*

Las controversias en relación a NANDA-I han estado presentes. Tales desacuerdos se han relacionado con la alineación, validación y fundamentación de las clasificaciones diagnósticas en relación a las teorías y elementos centrales de la disciplina enfermera:

*E1: “(...) esa es una de las críticas que históricamente se ha hecho a NANDA. Es que nadie ha explicado nunca, de forma rigurosa, cual es su fundamentación filosófica y teórica. Evidentemente, rascando se puede intuir que dentro de la construcción de NANDA hay influencia de diferentes escuelas de pensamiento enfermero, pero eso no está explicitado en ningún lado. Tampoco se ha sometido a un proceso de validación cualitativa de esa fundamentación teórica y filosófica. (...) Es una crítica que históricamente se le ha hecho a NANDA; que de hecho, buscando esta operativa pragmática de utilizar NANDA en la práctica, a muchas enfermeras les era igual si estaba, (...) si tenía fundamentación teórica y filosófica o no (...)”.*

Aunque la creación y desarrollo de NANDA ha mantenido como finalidad constituirse en un lenguaje enfermero específico, las características de NANDA-I estaban impregnadas de una transversalidad que la situaron en el escenario interdisciplinar. La evidencia científica puso en entredicho su adecuación metaparadigmática y teórica con los fundamentos y fenómenos disciplinares:

*E1: “NANDA está construida con ese objetivo, con esa visión digamos transversal a otras profesiones, yo creo que ha sido creada más bien como un lenguaje específico. No se hasta que punto se ajusta a las teorías de la Enfermería. (...) Hay algunos artículos publicados en este sentido, (...) sobre la falta explícita de fundamentación filosófica y teórica de NANDA (...) y eso es una debilidad que tiene, no la inhabilita, no la incapacita como clasificación, pero es una debilidad”.*

No obstante, la repercusión internacional de NANDA-I como taxonomía diagnóstica se mostró innegable, tal como expresaron algunos informantes:

*E1: “(...) ahí hay un espacio que NANDA ya tiene, que no tiene que ganarse porque lleva 40 años. NANDA en los 80 amplió sus miras, hizo una estrategia de marketing muy importante, a nivel no solo interno en Estados Unidos, sino a nivel internacional; esa estrategia la ha mantenido durante muchos años”.*

*E1: “(...) actualmente, como taxonomía diagnóstica o terminología diagnóstica, exclusivamente diagnóstica, si no me equivoco, solo existe NANDA. El resto, Clinical*

*Care Classification, OMAHA, (...) y otros sistemas de lenguaje enfermero como CIPE o ATIC (...), son lenguajes que no solo contienen diagnósticos (...)*”.

En este orden, han considerado que NANDA-I debería disponer en su estructura taxonómica otros conceptos diagnósticos atribuidos con mayor transversalidad, tal como indicaron los hallazgos:

*E3: “(...) por muy simple que sea el cuidado que debemos prestar, en cualquier ámbito en el que la Enfermería, (...) si tenemos algo que aportar, lo hagamos, me da igual si el problema es una enfermedad (...)”.*

*E1: “(...) hay que ser extensivos y extenderse hasta donde (...) la producción científica enfermera en el mundo está demostrando que las enfermeras llegamos. (...) Porque mientras no esté consolidado y muy maduro, en la práctica asistencial enfermera y en el mundo académico, (...) el concepto de diagnóstico de Enfermería implica el ámbito de responsabilidad enfermera y el ámbito de corresponsabilidad del enfermero con los otros profesionales de la salud (...)”.*

Según comentaron algunos informantes, la práctica asistencial estaba dotada de pragmatismo, alejada de los fundamentos inherentes a una filosofía de la ciencia, común a cualquier ámbito científico:

*E1: “(...) desde la óptica académica, cuando hablas sobre todo con profesores o enfermeros eruditos en lo que sería la parte de los fundamentos de Enfermería, bueno pues hay gente que lo critica muy duramente, no solo aquí en España, en todo el mundo (...)”.*

Este pragmatismo ha conllevado reconocer una carencia de sincronía epistemológica entre el ámbito académico y asistencial:

*E3: “(...) las grandes teorías clásicas están desfasadas y alejadas de la realidad asistencial actual, no están adaptadas al contexto clínico. Las teorías de los 70 o de los 80 no son aplicables a nuestro modelo de Enfermería asistencial, discrepo de los dogmas teorizadores porque no son aplicables en la práctica (...)”.*

Se ha señalado que más allá de una falta de adecuación teórica, el problema se encontraba en la subsistencia de un modelo asistencial carente de oportunidades para que las enfermeras puedan desarrollar su potencialidad en el rol autónomo:

*E6: "(...) muchas veces NANDA no corresponde a la práctica clínica porque actualmente no nos dejan desarrollar nuestra práctica clínica..."*

También se ha reflexionado sobre una plausible inadecuación teórica de NANDA-I. Para estos informantes, no era pertinente dotar una clasificación enfermera de problemas de salud que no fueran abordables por estas enfermeras con total autonomía, al no estar alineados con los conceptos metaparadigmáticos o centrales de la Enfermería:

*E4: "(...) no los tratamos de manera independiente, ni los factores de riesgo, no los resolvemos. Tampoco resolvemos los factores relacionados que se ponen en los diagnósticos. (...) Para mí, esto es un conflicto grande, (...) por una parte no hay un proceso genuino de diagnóstico (...) porque no los puedes tratar, ni siquiera los puedes validar, ni los puedes resolver (...)".*

*E6: "(...) desde mi punto de vista, NANDA debería ser solo de diagnósticos enfermeros y no de problemas de colaboración (...)".*

Esta situación nos alejaba de una perspectiva alineada con las teorías o modelos que determinaban el PE, tal como descubrieron los hallazgos:

*E4: "(...) se da esta cuestión, terrible para mí, de que un estudiante (...) está en un domicilio con una persona inmovilizada que tiene, yo que se, doble incontinencia porque tiene una vejiga neurógena y, además, ha tenido un ictus. Son incapaces de discriminar cuando hay una incontinencia como diagnóstico enfermero o cuando es simplemente el resultado de una lesión cerebral, (...) no tiene ningún tipo de abordaje desde un diagnóstico enfermero. Por supuesto, sus consecuencias son objeto de abordaje por la enfermera. (...) Cuando están valorando al paciente ni siquiera se les ocurre preguntar en qué medida controla el esfínter, si tienen ganas, cuánto tiempo*

*tardan en llegar al baño, qué barreras hay, si la cuidadora les acompaña, si alguna vez ha expresado que no quisiera llevar el absorbente. No hacen ninguna focalización para discriminar, para descubrir las claves diagnósticas; (...) para mí son absolutamente guiadas por el modelo. Yo no sabría preguntar todo eso si no tuviera el modelo detrás (...)*”.

*E4: “(...) Orem en ningún momento dijo que la taxonomía NANDA pudiera ser compatible con su modelo. En realidad, creo que ninguna teoría, (...) ninguna está interesada prácticamente, en profundidad, por este tema del desarrollo de los diagnósticos, porque se aleja mucho de comprender al ser humano (...)*”.

*E4: “(...) creo que en origen había un mejor maridaje, siempre teniendo en cuenta que su resultado (...) no ha sido la generación desde modelos teóricos. se han generado desde el empirismo, desde lo que ocurría, casi desde lo que se hacía. En realidad, el desarrollo no ha sido un desarrollo teórico, ha sido un desarrollo más desde la práctica (...)*”.

Algunos informantes han enjuiciado pertinentemente la circunstancia de que determinadas Etiquetas diagnósticas debían seguir incluidas en NANDA-I:

*E5: “(...) evidentemente no todos los diagnósticos tienen cabida cuando tienes un metaparadigma claro, (...) o un modelo conceptual al que te adscribes y que guía tu pensamiento, tu mirada, tu forma, (...)*”.

*E6: “(...) ¿Cómo podemos abordarlo desde nuestra esfera independiente?. Sobre todo teniendo muy claro cual es nuestra esfera independiente (...) no lo entiendo (...)*”.

La inadecuación metaparadigmática de determinados factores relacionados, que establecían etiologías para algunos diagnósticos NANDA-I, ha sido reveladas en otros hallazgos:

*E4: “¿(...) una intolerancia a la actividad relacionada con una insuficiencia cardíaca congestiva?. ¡Tonterías!. ¿Sin haber hecho una valoración que discrimine realmente las fuentes de dificultad con el diagnóstico médico, ninguna?”*.

*E5: “(...) tiene un problema con el balbuceo y es neurológico, su base es neurológica. La disfagia no la vamos a mejorar. Pero cuando trabajo en un equipo interdisciplinar,*

*todos, la rehabilitadora, el fisioterapeuta, el internista y el neumólogo trabajan sobre la disfagia, no trabajan sobre el déficit de conocimiento que tiene la persona. Entonces, claro, en el plan del gestor de casos a mi me cuadra mucho mejor poner que tiene disfagia a poner que tiene un déficit de conocimientos en cuanto a la nutrición, a la consistencia de los alimentos; pero si le pongo ese FR para trabajarlo yo y para trabajarlos los otros, la sigo llamando disfagia. Al final, consigo que todo el equipo trabaje sobre la disfagia, que es lo que pretendemos (...)*”.

Así, la competencia diagnóstica de las enfermeras debía estar ligada a un desarrollo estructural y funcional con el que fuera verosímil distinguir el peso específico de la Enfermería, en relación a otras disciplinas:

*E1: “(...) el motivo principal de la generación de los diagnósticos enfermeros está vinculado a la necesidad, por un lado, de diferenciarse de la medicina”.*

*E4: “(...) si que creo que es importante el lenguaje (...) porque la claridad conceptual guía todo. Si no hay esa claridad conceptual para discriminar entre lo que es un diagnóstico de la disciplina como algo absolutamente genuino, inequívoco, único de mi profesión, de lo que abordamos varias profesiones, cada una con su responsabilidad. (...) Entonces la esencia del diagnóstico no es solamente el cuadro de signos, de síntomas, de manifestaciones. Es qué lo ocasiona. Y si eso que lo ocasiona no soy capaz solo de validarlo sino de tratarlo en su esencia, no solamente desde un marco legal, que también; en su esencia, desde el punto de vista digamos epistemológico, yo soy la que lo resuelve”.*

Otros argumentos han estado relacionados con la hipótesis de que determinados DE podrían entrañar términos, sinónimos o pseudosinónimos, que implícitamente tuvieran la misma carga semántica que los reconocidos por otras disciplinas:

*E2: “El dolor es un diagnóstico que implica (...) intervenciones enfermeras, entonces (...) ¡vale que se le haya dado el mismo término!, ¡vale que le hayamos de buscar otra palabra para el diagnóstico!, ya sería rebuscar eh (...). Es que es eso, ¿por qué vamos a rebuscar cuando tenemos una palabra que define que el paciente tiene dolor? (...)”.*

En otro orden, se ha profundizado acerca de la disyuntiva de someter NANDA-I a un proceso de ajuste conceptual:

*E4: “(...) yo creo que parte de NANDA, una parte importante, se podría salvar utilizando un enfoque de pensamiento crítico que atienda a un modelo enfermero. (...) Yo siempre digo que el modelo, bueno (...) yo y mucha gente, lo que te da es la forma de mirar al paciente. Cuando me acerco a él, ¿qué es lo que busco y qué es lo que veo?; entonces, describir eso que veo con la taxonomía NANDA, ¡uhmmm! (...) a veces me encasilla y a veces me lo dificulta, muchas veces me lo dificulta (...).”*

El abordaje interdisciplinar no pretendía Etiquetas diagnósticas enfermeras. Estaban implícitas en la interrelación y en el desarrollo de áreas competenciales afines a otras ciencias, tales como la medicina, la psicología y la sociología:

*E4: “(...) si una persona tiene la piel seca, voy a intentar que no la tenga; si una persona no bebe, voy a intentar que beba. O sea, resolver lo más superficial, lo que más llega a un estudiante, sin hacer un proceso complejo, pero bueno, intentan mitigar esos signos/síntomas. Y desde ahí, luego te ponen las tonterías que te ponen. Pues eso, que tiene una intolerancia a la actividad relacionada con (...) ¿no? (...) con una insuficiencia cardíaca congestiva, ¡tonterías!, ¿sin haber hecho una valoración que discrimine realmente las fuentes de dificultad con el diagnóstico médico?, ¿ninguna?”*

Los informantes también han aportado consideraciones en relación a la validez científica de NANDA-I:

*E1: “(...) los de disposición para mejorar son de los últimos 5 años. Estos ya tendrían que venir con toda la revisión bibliográfica (...)”*

*E3: “(...) creo que esas etiquetas, ahora no recuerdo; por ejemplo el estreñimiento, es tan obvio que no necesita validación clínica. O por ejemplo el duelo es otro diagnóstico enfermero que es evidente; todos sabemos que una persona que está en proceso de duelo precisa de unos cuidados y no creo que sea necesario hacer*



*validación clínica para demostrarlo. En este sentido, considero que hay etiquetas que es suficiente con que se queden en nivel de validación 2.1 y nunca tendrán nivel clínico”.*

Se ha expuesto la necesidad de armonizar los planes de estudios universitarios con estas clasificaciones diagnósticas. Todo ello con la finalidad de establecer bases curriculares adecuadas y aplicables a las competencias diagnósticas enfermeras en la práctica asistencial:

*E4: “(...) yo con mis estudiantes tengo mucho conflicto porque entran en una cosa psicótica cuando llegan a la práctica (...). Es que claro, el sistema no le está dando cabida a lo que les estamos enseñando en la Universidad (...)”.*

*E5: “(...) ¿qué conocemos nosotros en realidad de cada diagnóstico?. (...) Voy a hacer un diagnóstico diferencial, pero de primeras sospecho y tengo una imagen mental de lo que aquí está pasando. Pues hasta ahí tenemos que trabajar los diagnósticos. Creo que todavía estamos en la superficie (...). No tiene sentido, seguimos estudiando minimedicina para luego desarrollar Enfermería, es una paradoja, es una esquizofrenia”.*

*E5: “(...) yo estructuraría la carrera; si de verdad esos son nuestros diagnósticos, estructura la carrera para estudiar esos diagnósticos; cómo se resuelven, cómo se miden sus resultados, qué no se ha resuelto, en qué intervenciones hay evidencia demostrada que los soluciona. Es que habría que modificarlo todo, están descritos mínimamente, muy mínimamente”.*

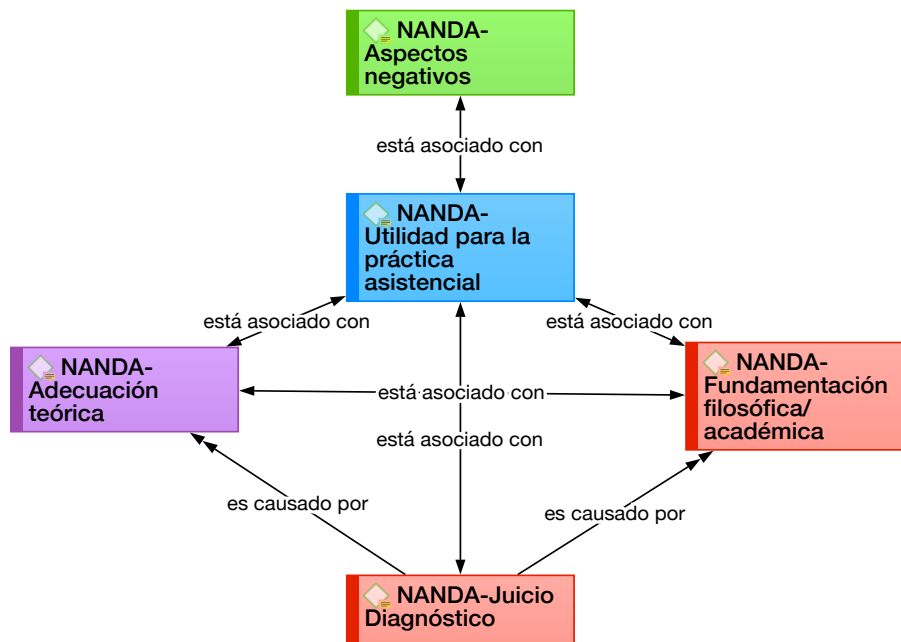
En tercer lugar, se describieron los hallazgos en relación a la aplicabilidad clínica de NANDA-I. Para ello han sido analizadas las coocurrencias con la categoría de análisis *NANDA-I-Utilidad para la práctica asistencial*. Entre las que se incluyeron *NANDA-Aspectos negativos* (n=14), *NANDA-Adecuación teórica* (n=13), *NANDA-Fundamentación filosófica/académica* (n=9), *NANDA-Juicio diagnóstico* (n=7) y *Práctica asistencial-Autonomía enfermera* (n=4), *NANDA-Aspectos positivos* (n=3), *NANDA-Evidencia científica* (n=2) y *NANDA-Propuestas de mejora* (n=2), tal como se muestra en la Tabla 44.

Tabla 44. Coocurrencias con la categoría NANDA-Utilidad para la práctica asistencial

	NANDA-Utilidad para la práctica asistencial	
	Número	Coefficiente
NANDA-Aspectos negativos	14	0,17
NANDA-Adecuación teórica	13	0,15
NANDA-Fundamentación filosófica/académica	9	0,11
NANDA-Juicio Diagnóstico	7	0,09
Práctica asistencial-Autonomía enfermera	4	0,05
NANDA-Aspectos positivos	3	0,05
NANDA-Evidencia científica	2	0,03
NANDA-Propuesta de mejoras	2	0,03

La red semántica muestra que el potencial de utilidad de NANDA-I para la práctica clínica está asociado a la fundamentación y adecuación teórica de la clasificación, así como a la restricción de sus aspectos negativos para formular juicios diagnósticos, tal como se observa en la Figura 19.

Figura 19. Utilidad de NANDA International en la práctica asistencial



Las verbalizaciones de los informantes en relación al fenómeno estudiado aproximaron algunos de los aspectos que fueron indispensables para la aplicabilidad de NANDA-I. En primer lugar, los hallazgos ilustraron que la homogeneidad estructural de los Dominios de NANDA-I sostenían una composición poco sensible con el abordaje clínico:

*E5: “(...) ni siquiera me gusta como están clasificados los Dominios, los veo artificiosos. (...) Yo por ejemplo, las valoraciones que hago como gestora de casos las estructuro según los Dominios (...) funcional, fisiológico, psicosocial y ambiental. A mi eso si me ha facilitado (...). Además, creo que son 4 Dominios muy genéricos pero que (...) te ayudan a ver los diferentes aspectos de la persona, cómo está funcionando, cómo se está manejando, cómo está fisiológicamente, cómo se encuentra, en qué entorno vive, con qué recursos cuenta y cómo responde o cómo está enfrentándose a la situación que está viviendo”.*

De forma alternativa, se propuso una estructura de Dominios semejante a las de NIC y NOC, clasificaciones interrelacionadas con NANDA-I en la práctica clínica:

*E5: “(...) no tiene mucho sentido que esos Dominios no tengan nada que ver con los de la NIC ni con los de la NOC (...)”.*

*E3: “El principal problema que veo en NANDA está en la estructura de la taxonomía, en concreto los Dominios. Creo que en versiones posteriores se mejorará para adaptarlas a las clasificaciones NIC y NOC, con 7 dominios. De esta manera se facilitará su uso en la aplicación práctica y eso es para mí lo más importante”.*

Además, se ha comentado que la estructura de NANDA-I, basada en los actuales Dominios, no garantizaba que las Etiquetas diagnósticas contribuyeran al conocimiento integral y ordenado en relación a los problemas de salud de las personas:

*E5: “(...) muchos de los diagnósticos no describen situaciones abordables desde la práctica enfermera, ese es el problema más gordo. (...) Muchas veces los factores relacionados (...) tu ni los ves, ni existen. Y los manifestaciones, ni te quiero decir,*

*¡uhmmm! (...). A ver como te explico, que no traducen ningún tipo de pensamiento enfermero, es un lenguaje aséptico, frío. Por tanto, muchas veces no es un lenguaje enfermero, no está sustentado en ningún pensamiento, en ninguna teoría, ni en ninguna ideología enfermera, está deslavazado (...)*”.

La configuración estructural de NANDA-I fue trascendental para favorecer su manejo clínico. Para algunos informantes, estos atributos estaban alejados de los exigidos para su uso en situaciones específicas, en las que se insta un nivel de concreción necesario para la identificación precisa de los problemas de salud de las personas:

*E1: “Creo que como sistema de clasificación, si se mantiene como sistema de clasificación, (...) porque no tengo claro hacia donde va NANDA, es un buen sistema de clasificación; en el sentido de tener un lenguaje que me permite agregar y agrupar los “n mil” diagnóstico enfermeros que existen en 300, o doscientos y poco que tiene ahora. (...) Creo que (...) es una buena clasificación, pero las clasificaciones no están pensadas para su uso en la práctica. (...) Intentar encajar una clasificación que tiene un nivel de abstracción tan elevado (...) en la práctica es (...) poco factible y creo que esto se ha ido demostrando con el tiempo. (...) Hay un error que se ha ido repitiendo, que es querer utilizar una clasificación para describir las situaciones específicas que vemos y que diagnosticamos en la práctica (...)*”.

Era imperioso que los usuarios de NANDA-I estuviesen en disposición de aprovechar al máximo sus potencialidades en optimización de la práctica clínica:

*E3: “(...) el problema con la utilidad de los lenguajes es responsabilidad de todos; yo estoy convencido de que la clave está en enseñar a usarlos de forma práctica, de lo contrario son inútiles; para usarlos de forma correcta, es necesario adiestramiento y experiencia”.*

Según algunos informantes, el proceso diagnóstico exigía reflexividad; los modernos sistemas de información y las tecnologías de la comunicación solo estaban para apoyar la práctica clínica:

*E4: “(...) tiene que haber una vuelta a las sensatez que se relaciona con el pensamiento crítico, (...) realmente ahora los expertos en metodología son expertos en tecnología de la información”.*

El futuro de las clasificaciones debía estar dirigido al rigor y la fundamentación científica de su estructura, de sus contenidos y de los métodos empleados para su validación clínica y evaluación:

*E5: “¿Cuál clasificación me resulta a mí mas interesante? la NOC. Quizás es con la que más he jugado, es la que más he utilizado y la que me sirve a lo largo de todo el proceso de intervención con el paciente. (...) Me sirve tanto para valorar al paciente como para luego hacer una evaluación final y ver como ha cambiado la situación con mis intervenciones. Yo si que veo a la NOC con una potencia muy importante (...)”.*

Por otra parte, se ha advertido que el juicio clínico no debía ser superficial, reducido al simple registro de Etiquetas diagnósticas. Debería ser el resultado de una valoración estructurada tras un proceso reflexivo:

*E4: “(...) (las enfermeras) aprenden a hacer sin tener el diagnóstico, sin tener ningún razonamiento ni ningún tipo de juicio. Entonces, perversamente, montan las etiquetas después. Porque en realidad (...) hay un proceso intelectual para llegar a actuar, pero ese proceso no es el que se refleja en el juicio (...)”.*

La utilidad de NANDA-I se relacionaba con los métodos y procedimientos de validación, así como con el uso de metodologías científicas que determinasen evidencias:

*E5: “(...) en la práctica (...) (NANDA-I) no tiene utilidad para el crecimiento profesional y por ende para el crecimiento disciplinar (...). Yo creo que no, yo creo que hay personas que están en los puestos intermedios o gestionando sistemas de información, software, plataformas o incluso en la academia ¿no?, que siguen*

*apostando por la utilidad (...) que se le presupone, pero no creo que los profesionales que estén en la práctica la vean, la mayoría no”.*

Como parte de estas limitaciones en su utilidad clínica han informado lo siguiente:

*E3: “En la actualidad, los profesionales no están diagnosticando sino creando etiquetas que no dicen nada; ya sea por objetivos institucionales o por comodidad”.*

*E2: “(...) tampoco se está utilizando de manera útil; creo que se está utilizando porque hay que hacer esto, porque tengo que poner un diagnóstico, el primero que se me viene a la cabeza. (...) No pensamos realmente en el diagnóstico, pensamos en lo que le pasa al paciente y luego lo tenemos que traducir (...) ¿por qué?, ¿dónde está el problema? No lo se”.*

También han expuesto algunos de los numerosos esfuerzos personales realizados para la adecuación práctica de NANDA-I:

*E5: “¿Sirve totalmente? (...) bueno (...) pues cada uno hacemos la adaptación que podemos; para mi no es el lenguaje ideal”.*

*E5: “Yo al final no salgo del sota, caballo y rey, son unos cuantos diagnósticos los que he empleado y los que me describen, en general, la situación del paciente; no necesito más”.*

*E2: “(...) la gran mayoría de las plantas (de hospitalización) tienen planes de cuidados estandarizados, tienen una batería de diagnósticos y cogen y seleccionan y pegan, o sea, realmente no han llegado a sentirlo útil (...)”.*

Según algunos informantes, la trayectoria recorrida con NANDA-I debía tener aprovechamiento en el proceso de normalización:

*E1: “(...) lo que has hecho con NANDA no es solo utilizar los diagnósticos que tiene NANDA, sino introducir elementos de práctica reflexiva en la práctica asistencial. Eso es igual que sea NANDA, que sea ATIC, que sea OMAHA o que sea CIPE, es decir, eso también es muy importante. Es trabajo hecho, no es tiempo perdido, no es una inversión perdida, (...)”.*

Para otros informantes, se precisaba incrementar el potencial de utilidad intrínseco a la clasificación:

*E2: "(...) la gran mayoría de la gente lo que quiere es algo más cómodo, que sean más fáciles en su trabajo. Si me lo ponen fácil, con una valoración fácil que me diera los diagnósticos, pues voy a utilizarlos. Si no me lo ponen fácil, pues no los voy a utilizar".*

## 15.2. Metodología cualitativa desarrollada en Portugal

De forma análoga, se ha realizado una aproximación al contexto asistencial de Portugal con la finalidad de confrontar el uso de los lenguajes enfermeros, concretamente los diagnósticos. De esta manera, se han escogido convenientemente 3 enfermeras del ámbito asistencial portugués. Han sido seleccionadas de forma intencionada; una trabajaba en el ámbito asistencial de la atención hospitalaria, otra en el ámbito asistencial de la atención primaria y la tercera en el área de gestión e implementación de lenguajes normalizados para el aplicativo informático.

Tras la traducción y transcripción literal de las entrevistas, se ha determinado de forma inductiva la presencia de 21 códigos o categorías de análisis, estructuradas en 2 grupos: *Lenguajes* (n=6) y *Práctica asistencial* (n=15).

El número de citas extraídas fue n=115, pero tras su codificación se conformaron N=206; *Lenguajes* (n=54) y *Práctica asistencial* (n=152). La categoría de análisis con mayor número de citas correspondió a *Modelo asistencial enfermero* (n=23), seguida de *Sistemas de información* (n=20). A continuación, se dispusieron *Desarrollo profesional* (n=14), *Comunicación entre profesionales* (n=13) y *Autonomía enfermera* (n=7), tal como se muestra en la Tabla 45.

Tabla 45. Citas según códigos, grupo de códigos y documentos (Portugal)

	Lenguajes						Práctica asistencial													Nº citas/documentos		
	Adecuación teórica	Comunicación entre profesionales	Conceptos específicos	Desarrollo profesional	Sistemas de clasificación	Sistemas de información	Autonomía enfermera	Costumbres adquiridas	Dependencia del médico	Equipo multidisciplinar	Evaluación de resultados	Formación pregrado	Gestión sanitaria	Interdependencia o colaboración	Juicio Diagnóstico	Modelo asistencial enfermero	Pensamiento crítico	Rigor científico	Transdisciplinariedad		Valoración estandarizada	Valoración realizada por enfermeros
EP1	0	2	1	3	0	14	0	1	0	0	0	2	3	0	0	7	2	0	0	0	1	36
EP2	0	5	0	1	0	4	3	0	0	3	0	0	1	0	1	6	0	0	2	0	2	28
EP3	2	6	2	10	2	2	4	0	1	2	1	0	0	1	0	10	0	1	3	2	2	51
N citas/códigos	2	13	3	14	2	20	7	1	1	5	1	2	4	1	1	23	2	1	5	2	5	115
N citas/grupo códigos	54						61															

Destacaron las coocurrencias *Modelo asistencial enfermero - Desarrollo profesional* (n=4) y *Modelo asistencial enfermero - Sistemas de información* (n=4). En segundo lugar, las coocurrencias *Comunicación entre profesionales - Sistemas de información* (n=3), tal como se muestra en la Tabla 46.

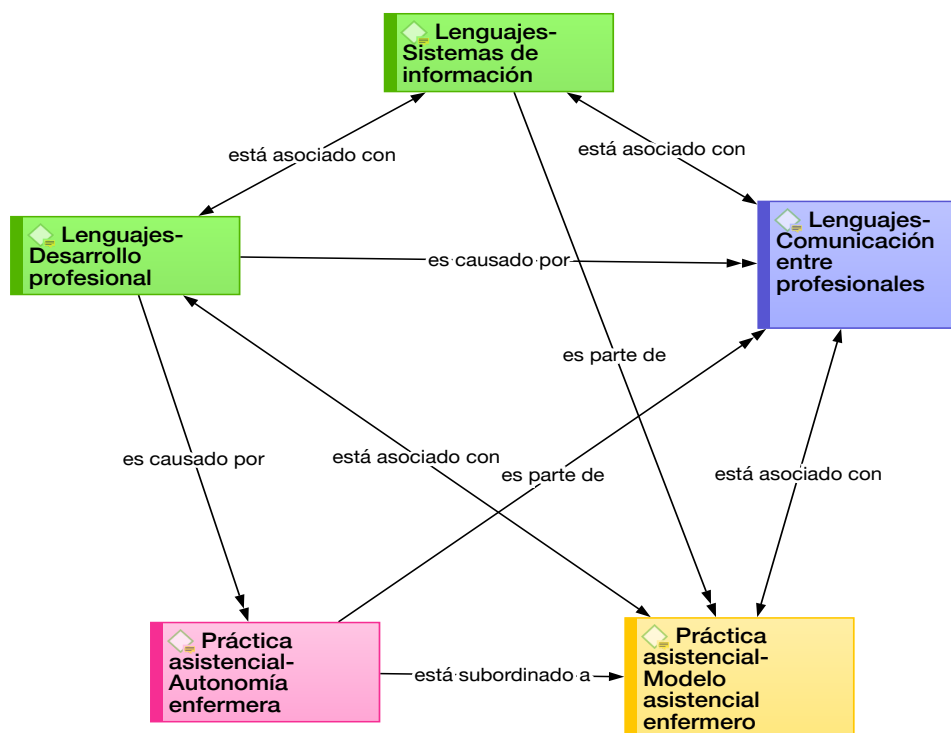


Tabla 46. Coocurrencias entre categorías analíticas (Portugal)

		Lenguajes					Práctica asistencial															
		Adecuación teórica	Comunicación entre profesionales	Conceptos específicos	Desarrollo profesional	Sistemas de clasificación	Sistemas de información	Autonomía enfermera	Costumbres adquiridas	Dependencia del médico	Equipo multidisciplinar	Evaluación de resultados	Formación pregrado	Gestión sanitaria	Interdependencia o colaboración	Juicio Diagnóstico	Modelo asistencial enfermero	Pensamiento crítico	Rigor científico	Transdisciplinariedad	Valoración estandarizada	Valoración realizada por enfermeros
Lenguajes	Adecuación teórica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Comunicación entre profesionales	0	0	1	1	0	3	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
	Conceptos específicos	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
	Desarrollo profesional	0	1	1	0	2	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	4	0	0	0	0	0
	Sistemas de clasificación	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Sistemas de información	0	3	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	4	1	0	0	0	1
Práctica asistencial	Autonomía enfermera	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Costumbres adquiridas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dependencia del médico	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Equipo multidisciplinar	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0
	Evaluación de resultados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Formación pregrado	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Gestión sanitaria	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	Interdependencia o colaboración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Juicio Diagnóstico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Modelo asistencial enfermero	1	0	0	4	1	4	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1
	Pensamiento crítico	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Rigor científico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Transdisciplinariedad	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Valoración estandarizada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Valoración realizada por enfermeros	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	

Las entrevistas abordaron la aplicabilidad clínica y percepción de los lenguajes enfermeros en el modelo asistencial portugués. Los informantes efectuaron reseñas centradas en los sistemas de información, el desarrollo disciplinar y la comunicación interprofesional. De esta manera, la red semántica descubrió la manera en la que los sistemas de información contribuyen al progreso de la Enfermería, como resultado de los procesos de comunicación interprofesional a través de los lenguajes enfermeros, tal como se observa en la Figura 20.

**Figura 20. Implicaciones de los lenguajes enfermeros en la comunicación**



Las citas realizadas por los informantes acerca del fenómeno observado apuntaron la necesidad de disponer de sistemas de lenguajes normalizados para adquirir uniformidad, entendimiento y actitudes homogéneas en relación al estado de salud de las personas:

*EP2: "(...) considero que el uso del lenguaje enfermero es importante para que haya una uniformidad de términos, para que todos podamos entender lo mismo (...)"*

*EP3: "Ya esté el enfermo en un hospital en Faro o en un hospital en Oporto, esta transmisión de datos es igual, es interpretada siempre de la misma manera (...)"*

Desde esta perspectiva, la comunicación interprofesional promovía el desarrollo de la Enfermería:

*EP3: “(...) lo importante es que todos conozcamos cómo se habla, cómo se entiende. El papel de la práctica, de la experiencia, es exactamente este (...)”*

La información planteada por los informantes portugueses podría ser estructurada en tres bloques:

1. Sistemas de información.
2. Modelo asistencial.
3. Sistemas de lenguajes.

En relación al primer bloque, sobre los sistemas de información, han comentado su valía para una actividad asistencial dotada de seguridad y trazabilidad. La información clínica de los pacientes podía concretarse a través de esta normalización; lo que ha contribuido a disminuir la variabilidad conceptual:

*EP3: “(...) a lo mejor existían miles de intervenciones, imaginemos. Y esto es un ejemplo, unas 100 para «dar un baño en cama»”.*

Del mismo modo, la informatización y normalización del PE ha interpuesto límites a la creatividad de las enfermeras en su actividad asistencial:

*EP1: “(...) cortaron miles de intervenciones y se quedaron solo con algunas, las redujeron bastante. ¿Y qué es lo que pasa? pues que el diagnóstico es identificado, pero ahora las intervenciones están predeterminadas”.*

Además, han advertido acerca de las repercusiones derivadas de ciertas dinámicas de trabajo en el seguimiento de los pacientes. Se hacía uso de formularios estructurados que restringían la tarea de las enfermeras al simple acto mecanizado de validar y chequear intervenciones. Aunque favorecía el registro clínico, ocasionaba dos inconvenientes relacionados. Fomentaba el exceso de atención en

las pantallas de los ordenadores, lo que implicaba una pérdida del contacto real con las personas:

*EP1: “Yo para mi, como he trabajado con los dos sistemas (papel e informatizado), (...) creo que con el uso de formularios se pierde mucha información del paciente. Ya no tengo la visión global del paciente (...)”*

El segundo bloque de información abordó la situación y características del modelo asistencial de Portugal en lo que afectaba a los lenguajes enfermeros. En opinión de nuestras informantes, la coordinación interprofesional podría estar bastante avanzada:

*EP3: “Sin duda, nosotros hemos mejorado mucho en esto; el enfermero está en una fase donde cada vez se lo valora más y donde trabaja en asociación con el médico (...)”*

Se han destacado mejoras sustanciales en la integración y continuidad del proceso asistencial. Los informes clínicos disponibles en el sistema de salud portugués posibilitaban agregar en un único documento de alta la información reportada por los distintos profesionales que intervenían en el proceso asistencial:

*EP2: “(...) (el paciente) se lleva un único documento con la información completa. El informe que nosotros utilizamos es clínico y ahí se incluye toda la información, la del médico y la nuestra”.*

*EP2: “(...) por ejemplo, si tiene cuidados de la piel debido a una sutura, lo especificamos también. Es una nota conjunta con la del médico, sale la del médico y la de la enfermera, todo en una”.*

Por otro lado, han señalado que el sistema de salud portugués otorgaba importancia a la autonomía enfermera para favorecer los procesos de autocuidado en las personas:

*EP3: “Cuando hablo de (...) prescripción, lo hago en el sentido de diagnóstico de Enfermería. Por ejemplo: el enfermero tiene la autonomía suficiente para valorar las características de una herida, según esa valoración y las escalas que tenemos para esa valoración, puede definir y tenemos la autonomía suficiente para decidir qué tratamiento se va a aplicar en aquella herida (...).”*

*EP2: “(...) trabajamos mucho la parte de la teoría del autocuidado, si está capacitado, cuál es grado de no capacitación. Con base en la teoría del autocuidado hacemos los diagnósticos para ver los recursos en las diferentes áreas de necesidad”.*

En relación al último bloque de información, acerca de los sistemas de lenguajes, se han expuesto las principales características de CIPE en relación a su aplicabilidad clínica:

*EP3: “(...) sin duda considero que (CIPE) es una buena herramienta porque no solo trabaja exclusivamente con las actividades que el enfermero realiza, sino que está relacionada también con la parte médica; considero que eso enriquece aún más el sistema”.*

Del mismo modo, CIPE mostraba disparidad en relación a su nivel de concreción en determinados ámbitos asistenciales, tal como expusieron los hallazgos:

*EP2: “(...) depende de las áreas, en hospitalización son más concretos. En la parte de comunitaria, por ejemplo creo que no, (...) no son tan concretos; los indicadores que tienen ahí tampoco son tan concretos como en el hospital”.*

Al igual que mostraron los hallazgos de España, en Portugal se requería formación y habilidades específicas para la capacitación en el uso de sistemas de lenguajes enfermeros, principalmente sobre su aplicación en el razonamiento diagnóstico:

*EP1: “(...) tienes dos clics: capacitado o no capacitado, mostrado o no mostrado. Después tienes puntuaciones; escogemos una puntuación. Pero yo no tengo el manual*

*de CIPE para ver si esa puntuación es buena o mala, yo tengo que disponer de esas puntuaciones, tengo que tener esas escalas para ver en qué punto está el paciente”.*

Según las informantes, aunque CIPE constituía un instrumento adecuado para gestionar la dotación de recursos humanos en los distintos servicios de salud, era preciso establecer mejoras acerca de su utilidad clínica:

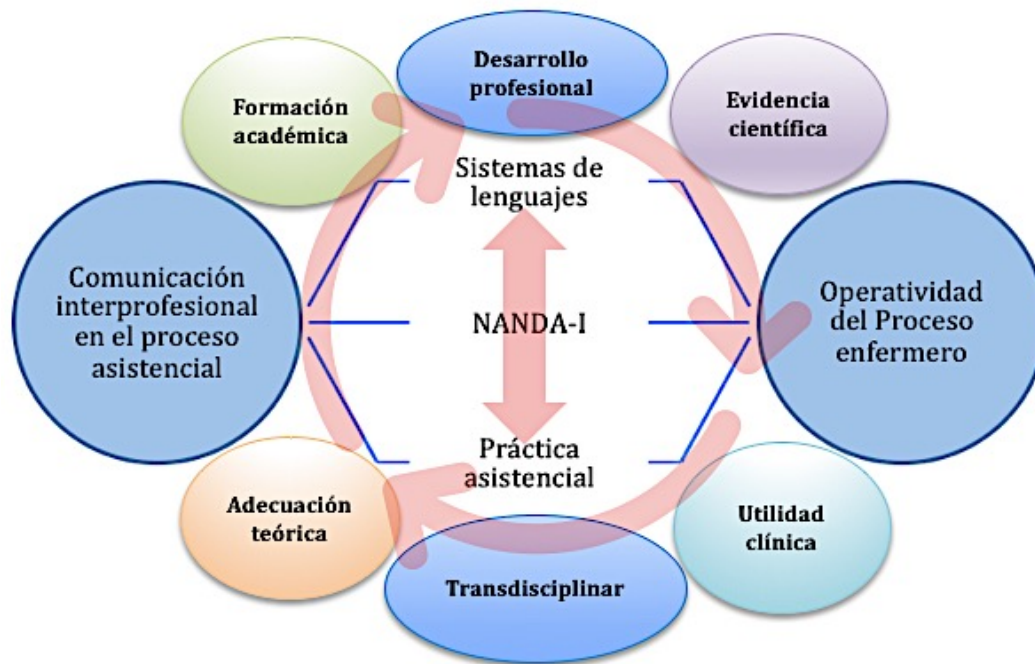
*EP1: “Si desde la institución me preguntaran ¿cómo están las cosas, se consiguen?, ¿se consigue ver cuántos pacientes hay dependientes y cuántos problemas tienen las personas? a nivel de indicadores, si. A nivel crítico, si. A nivel de recursos, si. A nivel del paciente, no. Esto es lo que yo pienso”.*

*EP1: “CIPE es importante para los indicadores nacionales. Pienso que, hablando de mi realidad, a nivel de (atención) primaria mucho. Si yo trabajara en producción, en el desarrollo de indicadores para el paciente en la comunidad, o sea, en las intervenciones que tengo que escoger para alcanzar un nivel elevado en algún indicador, si entendería esa respuesta en el indicador. Pero CIPE no traduce la respuesta en la comunidad, esto es lo que yo siento”.*

*EP1: “(...) usar CIPE no modifica mi forma de trabajar, en mi campo no; pero la forma en cómo se realiza el registro, si. Por ejemplo, si yo trabajo con un grupo de alumnos, a nivel práctico tengo que ir al colegio tres veces, tengo que capacitarlos en diferentes niveles sobre el mismo tema; pero CIPE solo contabiliza una vez, todos quedan registrados, pero ya no vale, no puedo evaluar ese registro (...)”.*

Desde la perspectiva de la Teoría Fundamentada, los hallazgos alcanzados en España y Portugal han sido identificados en tres conjuntos de categorías de análisis (Lenguajes, Práctica asistencial y NANDA-I) que hacen plausible sintetizar y formular una Teoría Sustantiva que pone en valor la *Comunicación Interprofesional en el Proceso Asistencial* a través del impulso en la formación académica de las enfermeras, pero también en la adecuación teórica, la evidencia científica y la utilidad clínica de los sistemas de lenguajes enfermeros y NANDA-I, como elementos centrales para la adecuada competencia diagnóstica enfermera en la práctica asistencial, favoreciendo el desarrollo profesional a partir la *Operatividad del PE*, tal como se observa en la Figura 21.

Figura 21. Teoría sustantiva sintetizada en la fase cualitativa



### 16. Fase 3. Resultados cuantitativos: Validación de EVALUAN-I

Para el desarrollo de EVALUAN-I se ha realizado en primer lugar una prueba de expertos (validez aparente y de contenido) y un pilotaje con la finalidad de conocer la estabilidad temporal y el acuerdo entre observadores. A continuación, se ha procedido a la determinación de sus propiedades métricas mediante el análisis de fiabilidad (consistencia interna, correlación interfactorial y estabilidad temporal) y la validez de constructo (AFE y AFC).

#### 16.1. Prueba de expertos

En primer lugar se procedió a la valoración cualitativa. Para ello fueron implementadas las sugerencias conceptuales y semánticas propuestas y consensuadas por los expertos, de manera que algunos ítems iniciales fueron eliminados o modificados, tal como se muestra en la Tabla 47.

**Tabla 47. Relación de ítems propuestos inicialmente e ítems modificados**

Ítems de preguntas iniciales	Ítems de preguntas modificados
Existen algunos diagnósticos que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades	Existen algunos diagnósticos que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades
Existen algunos factores relacionados o factores de riesgo que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades	Existen algunos factores relacionados o factores de riesgo que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades
Enfermería es una disciplina con un cuerpo de conocimientos propio ajustado a los conceptos centrales: persona, salud, entorno y cuidados. En qué grado considera usted que los identifica con claridad	Enfermería es una disciplina con un cuerpo de conocimientos propio ajustado a los conceptos centrales: persona, salud, entorno y cuidados. En qué grado considera usted que los identifica con claridad
NANDA-I solamente implica funciones y responsabilidades exclusivas de las enfermeras	Usar la clasificación es una condición obligada para que las enfermeras realicen cuidados que implican funciones y responsabilidades exclusivas
Determinar un Diagnóstico es una condición necesaria para que las enfermeras puedan realizar sus cuidados	
Representa e identifica las distintas corrientes teóricas de la enfermería	Representa e identifica las distintas corrientes teóricas de la enfermería
Todas las ciencias se ajustan a principios filosóficos, consideras que los diagnósticos son favorecedores de la filosofía de la ciencia enfermera	
Favorece el desarrollo de un ámbito de conocimiento exclusivo para los enfermeros	Favorece el desarrollo de conceptos en el ámbito del conocimiento exclusivo de la disciplina enfermera
Proporciona una terminología común de referencia para los enfermeros	Es imprescindible para el desarrollo académico de la ciencia enfermera
Es imprescindible para el desarrollo de la ciencia enfermera	
Los diagnósticos están fundamentados en criterios de actuación basados en evidencia científica	Los diagnósticos están fundamentados en criterios de actuación basados en evidencia científica
Los diseños de las investigaciones sobre diagnósticos aportan niveles altos de evidencia científica	Los diseños de las investigaciones sobre diagnósticos aportan niveles altos de evidencia científica
Es necesario realizar estudios de tipo experimental (tales como ensayos clínicos) para mejorar los niveles de evidencia científica en relación a los diagnósticos	
Los conceptos y contenidos facilitan la adecuación cognitiva de la información que precisan los enfermeros	Usar la clasificación contextualiza por sí mismo el cuidado que se debe prestar a los individuos
Usar NANDA-I contextualiza por sí mismo el cuidado que se debe prestar a los individuos	
Las características definitorias de los diagnósticos son relevantes para emitir los juicios diagnósticos	Las características definitorias de los diagnósticos son relevantes para emitir los juicios diagnósticos
Los factores relacionados o de riesgo de los diagnósticos son relevantes para emitir los juicios diagnósticos	Los factores relacionados o de riesgo de los diagnósticos son relevantes para emitir los juicios diagnósticos
Las etiquetas diagnósticas se muestran claras	Las etiquetas diagnósticas son claras y descriptivas
Los contenidos se muestran con claridad:	Los contenidos son claros y descriptivos:



características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo	características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo
Existe coherencia interior entre los conceptos	Existe coherencia interna entre los conceptos
Existe exhaustividad en la configuración de la estructura jerárquica y taxonómica	Existe precisión en la configuración de la estructura jerárquica y taxonómica
La estructura de NANDA-I facilita el aprendizaje y la memorización de sus contenidos	La estructura facilita su aprendizaje
Es posible encontrar clasificado algún concepto o contenido de forma duplicada en su estructura taxonómica	Es posible encontrar clasificado algún concepto o contenido de forma duplicada
Cada concepto se identifica con un código unívoco acontextual	Cada concepto se identifica con un código inequívoco
Los conceptos se identifican con sinónimos en otras clasificaciones diagnósticas	Los conceptos se identifican con sinónimos en otras clasificaciones diagnósticas
Cada concepto ha sido mapeado con un equivalente correspondiente en una o más clasificaciones u otros vocabularios	Cada concepto ha sido mapeado con un equivalente en otras clasificaciones o vocabularios
Es útil	Es útil
Es intuitiva	Es intuitiva
Se aplica en la práctica asistencial sin dificultades	Se aplica en la práctica asistencial
Usar los diagnósticos requiere mucho tiempo para los profesionales	
Los profesionales de enfermería la aceptan en su práctica asistencial	Las enfermeras la aceptan en su práctica asistencial
El nivel de abstracción de algunos diagnósticos es alto	Por lo general, el nivel de abstracción de los diagnósticos es alto
Los conceptos y contenidos son precisos para la organización del conocimiento específico y autónomo de la enfermería	Los conceptos y contenidos facilitan la organización del conocimiento específico y autónomo que necesitan las enfermeras
Los contenidos ayudan a decidir qué cuidados se realizan	Los contenidos ayudan a decidir qué cuidados se realizan
En los ejemplos siguientes, se muestran 20 etiquetas diagnósticas, señale si considera que corresponden con diagnósticos enfermeros o con diagnósticos médicos	En qué grado considera que los problemas de salud que se muestran conciernen a diagnósticos enfermeros
Señale su consideración sobre los diagnósticos enfermeros	Indique su actitud ante los diagnósticos enfermeros

A continuación, se procedió a la valoración cuantitativa. Cada experto (n=5) respondió individualmente sobre una escala tipo Likert en la que se preguntaba si los ítems eran comprensibles y relevantes, todo ello con la finalidad de obtener el CVC de cada una de las variables. La totalidad de variables mostraron CVC >0,7, tal como se muestra en la Tabla 48.

**Tabla 48. Coeficiente de validez de contenido**

Ítems de preguntas	N	CVC Comprensible	CVC Relevante
Existen algunos diagnósticos que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades	5	1	1
Existen algunos factores relacionados o factores de riesgo que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades	5	0,8	0,8
Enfermería es una disciplina con un cuerpo de conocimientos propio ajustado a los conceptos centrales: persona, salud, entorno y cuidados. En qué grado considera usted que los identifica con claridad	5	0,93	0,8
Usar la clasificación es una condición obligada para que las enfermeras realicen cuidados que implican funciones y responsabilidades exclusivas	5	0,8	0,8
Representa e identifica las distintas corrientes teóricas de la enfermería	5	0,86	0,93
Favorece el desarrollo de conceptos en el ámbito del conocimiento exclusivo de la disciplina enfermera	5	0,8	0,8
Es imprescindible para el desarrollo académico de la ciencia enfermera	5	1	1
Los diagnósticos están fundamentados en criterios de actuación basados en evidencia científica	5	0,93	0,93
Los diseños de las investigaciones sobre diagnósticos aportan niveles altos de evidencia científica	5	0,93	0,93
Usar la clasificación contextualiza por sí mismo el cuidado que se debe prestar a los individuos	5	0,8	0,8
Las características definitorias de los diagnósticos son relevantes para emitir los juicios diagnósticos	5	0,8	0,93
Los factores relacionados o de riesgo de los diagnósticos son relevantes para emitir los juicios diagnósticos	5	0,86	0,93
Las etiquetas diagnósticas son claras y descriptivas	5	0,86	0,86
Los contenidos son claros y descriptivos: características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo	5	0,86	0,8
Existe coherencia interna entre los conceptos	5	0,86	0,73
Existe precisión en la configuración de la estructura jerárquica y taxonómica	5	0,86	0,86
La estructura facilita su aprendizaje	5	0,93	0,8
Es posible encontrar clasificado algún concepto o contenido de forma duplicada	5	0,93	0,93
Cada concepto se identifica con un código inequívoco	5	0,8	0,8
Los conceptos se identifican con sinónimos en otras clasificaciones diagnósticas	5	0,8	0,8
Cada concepto ha sido mapeado con un equivalente en otras clasificaciones o vocabularios	5	0,8	0,73
Es útil	5	1	1
Es intuitiva	5	1	1
Se aplica en la práctica asistencial	5	0,8	0,8
Las enfermeras la aceptan en su práctica asistencial	5	0,8	0,73
Por lo general, el nivel de abstracción de los diagnósticos es alto	5	0,8	0,86
Los conceptos y contenidos facilitan la organización del conocimiento específico y autónomo que necesitan las enfermeras	5	1	0,86

Los contenidos ayudan a decidir qué cuidados se realizan	5	0,8	1
En qué grado considera que los problemas de salud que se muestran conciernen a diagnósticos enfermeros	5	0,8	0,73
Indique su actitud ante los diagnósticos enfermeros	5	1	0,86

## 16.2. Estabilidad temporal y acuerdo entre observadores

Se ha comprobado la constancia de respuesta mediante pruebas de estabilidad temporal test-retest a 14 individuos con el estadístico *Kappa de Cohen*. En primer lugar, se ha obtenido el acuerdo entre observadores, que ha mostrado valor  $k=0,080$  (IC 95%=0,071-0,089). Del mismo modo, se ha determinado la estabilidad temporal mediante concordancia intra-observadores, con valores que han oscilado entre  $k=0,031$  (IC 95%=-0,289-0,350) y  $k=0,893$  (IC 95%=0,611-1,174), tal como se muestra en la Tabla 49.

**Tabla 49. Estabilidad temporal test-retest por acuerdo intra-observadores**

Variables	N	kappa	St error	Z	p-valor	IC (95%)
P11_DE enfermedades	14	0,143	0,180	-0,139	0,426	-0,209 - 0,673
P12_FR enfermedades	14	0,243	0,219	1,109	0,267	-0,187 - 0,673
P13_Concepto persona	14	0,457	0,184	2,490	0,013	0,097 - 0,817
P13_Concepto salud	14	0,113	0,156	0,720	0,472	-0,194 - 0,419
P13_Concepto entorno	14	0,385	0,155	2,482	0,013	0,081 - 0,688
P13_Concepto cuidados	14	0,070	0,167	0,420	0,674	-0,257 - 0,397
P14_Responsabilidades exclusivas	14	0,505	0,138	3,653	0,000	0,234 - 0,776
P15_Teorías de Enfermería	14	0,282	0,132	2,132	0,033	0,023 - 0,541
P16_Conceptos exclusivos	14	0,893	0,144	6,219	0,000	0,611 - 1,174
P17_Desarrollo académico	14	0,446	0,135	3,300	0,001	0,181 - 0,710
P18_DE fundamentados evidencia	14	0,496	0,146	3,403	0,001	0,211 - 0,782
P19_Diseños aportan evidencia	14	0,248	0,142	1,747	0,081	-0,030 - 0,527
P20_Contextualiza el cuidado	14	0,182	0,154	1,183	0,237	-0,120 - 0,485
P21_CD relevantes	14	0,375	0,170	2,203	0,028	0,041 - 0,710
P22_FR y Fr relevantes	14	0,266	0,170	1,561	0,118	-0,068 - 0,600
P23_Etiquetas claras y descriptivas	14	0,625	0,141	4,420	0,000	0,348 - 0,903
P24_Claras-descriptivas CD	14	0,340	0,145	2,338	0,019	0,055 - 0,625
P24_Claros-descriptivos FR	14	0,326	0,156	2,091	0,037	0,020 - 0,633
P24_Claros-descriptivos Fr	14	0,421	0,156	2,689	0,007	0,114 - 0,727
P25_Coherencia interna	14	0,067	0,159	0,419	0,675	-0,245 - 0,379
P26_Estructura jerárquica	14	0,451	0,173	2,600	0,009	0,111 - 0,791
P27_Facilita su aprendizaje	14	0,268	0,139	1,930	0,054	-0,004 - 0,540
P28_Conceptos duplicados	14	0,277	0,171	1,618	0,106	-0,059 - 0,612

P29_Código inequívoco	14	0,091	0,132	0,688	0,492	-0,168 - 0,350
P30_Sinónimos	14	0,310	0,160	1,936	0,053	-0,004 - 0,623
P31_Conceptos mapeados	14	0,031	0,163	0,189	0,850	-0,289 - 0,350
P32_Útil	14	0,275	0,132	2,082	0,037	0,016 - 0,534
P33_Intuitiva	14	0,166	0,142	1,167	0,243	-0,122 - 0,444
P34_Aplica en la práctica asistencial	14	0,384	0,125	3,066	0,002	0,138 - 0,629
P35_Los profesionales la aceptan	14	0,325	0,144	2,255	0,024	0,043 - 0,608
P36_Abstracción	14	0,287	0,152	1,893	0,058	-0,010 - 0,585
P37_Organización del conocimiento	14	0,536	0,142	3,782	0,000	0,258 - 0,814
P38_Ayuda a decidir cuidados	14	0,533	0,144	3,701	0,000	0,251 - 0,816
P39_Riesgo de infección	14	0,195	0,129	1,506	0,132	-0,059 - 0,448
P39_Dolor crónico	14	0,467	0,128	3,644	0,000	0,216 - 0,718
P39_Conocimientos deficientes	14	0,381	0,173	2,203	0,028	0,042 - 0,719
P39_Riesgo lesión perioperatoria	14	0,114	0,127	0,898	0,369	-0,135 - 0,363
P39_Náuseas	14	0,620	0,143	4,342	0,000	0,340 - 0,900
P39_Deterioro intercambio gases	14	0,408	0,155	2,634	0,008	0,105 - 0,712
P39_Intolerancia actividad	14	0,034	0,242	0,142	0,887	-0,440 - 0,509
P39_Insomnio	14	0,386	0,126	3,059	0,002	0,139 - 0,633
P39_Confusión aguda	14	0,166	0,137	1,212	0,226	-0,102 - 0,433
P39_Riesgo sangrado	14	0,408	0,153	2,676	0,007	0,109 - 0,708
P39_Ansiedad	14	0,382	0,127	3,016	0,003	0,134 - 0,630
P39_Diarrea	14	0,338	0,149	2,275	0,023	0,047 - 0,629
P39_Gasto cardíaco	14	0,305	0,150	2,038	0,042	0,012 - 0,598
P39_Incontinencia urinaria refleja	14	0,606	0,148	4,101	0,000	0,316 - 0,895
P39_Disfunción sexual	14	0,427	0,146	2,932	0,003	0,141 - 0,712
P40_Significado	14	0,302	0,153	1,974	0,048	0,002 - 0,603
P40_Realismo	14	0,357	0,136	2,625	0,009	0,091 - 0,624
P40_Obstaculización	14	0,347	0,141	2,466	0,014	0,071 - 0,622
P40_Validez	14	0,489	0,167	2,934	0,003	0,162 - 0,816
P40_Relevancia	14	0,174	0,140	1,244	0,213	-0,100 - 0,488
P40_Gratificación	14	0,191	0,161	1,192	0,233	-0,123 - 0,506
P40_Creatividad	14	0,079	0,137	0,574	0,566	-0,191 - 0,348

### 16.3. Análisis Factorial Exploratorio

Previamente, ha sido comprobada la viabilidad del AFE a través de la medición de la adecuación del tamaño muestral. El  $KMO=0,931$  indicó que los coeficientes de correlación parcial fueron altos. Del mismo modo, la prueba de esfericidad de Bartlett para la matriz de correlaciones mostró Chi-cuadrado 16786,24 para 1485 grados de libertad ( $p=0,000$ ), por lo que ha sido aceptada la hipótesis nula sobre su

aplicabilidad. Por otro lado, las comunalidades mostraron la viabilidad del análisis factorial debido a que la fiabilidad inicial de sus valores osciló entre 0,413 y 0,879.

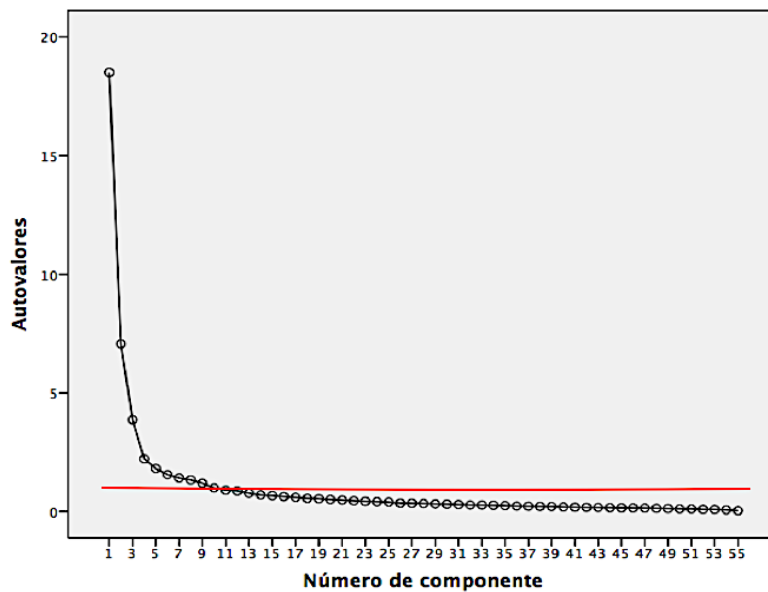
El AFE pretende descubrir una estructura subyacente que defina un pequeño número de dimensiones latentes comunes, explicativas de la mayor parte de la varianza observada en el conjunto más amplio de variables (López-Aguado & Gutiérrez-Provecho, 2019), a través de la extracción y ACP. Para ello, se ha considerado la varianza total del modelo según factores interrelacionados que contienen segmentos de varianza específica. Así, 9 Factores han mostrado un poder explicativo del 70,862% de la varianza de todas las variables, tal como se muestra en la Tabla 50.

**Tabla 50. Autovalores de la matriz de datos observados y de datos paralelos**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	18,505	33,646	33,646	18,505	33,646	33,646
2	7,066	12,846	46,492	7,066	12,846	46,492
3	3,866	7,029	53,521	3,866	7,029	53,521
4	2,222	4,041	57,562	2,222	4,041	57,562
5	1,814	3,299	60,861	1,814	3,299	60,861
6	1,555	2,828	63,688	1,555	2,828	63,688
7	1,416	2,575	66,263	1,416	2,575	66,263
8	1,333	2,424	68,687	1,333	2,424	68,687
9	1,196	2,175	70,862	1,196	2,175	70,862
10	0,998	1,815	72,677			
11	0,901	1,638	74,315			
...						
53	0,089	0,162	99,807			
54	0,069	0,125	99,932			
55	0,037	0,068	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales

En el gráfico de sedimentación, la curva de saturación de los autovalores se estabiliza a partir del Factor 9, tal como puede observarse en el Gráfico 7.

**Gráfico 7. Gráfico de sedimentación**

Una vez decidida la retención de estos 9 componentes principales, se procedió a su rotación ortogonal a través del procedimiento Varimax, que origina factores no correlacionados; sin alterar la varianza total explicada ni la comunalidad de cada variable. Los resultados de la matriz de componentes rotados mostraron saturaciones que facilitan la interpretación fundamentada del constructo teórico. Para ello, se eligieron los ítems con saturaciones más altas; los ítems con peor rendimiento, con saturaciones  $<0,400$ , fueron eliminados de cada componente, tal como se muestra en la Tabla 51.

Tabla 51. Matriz de saturaciones de los componentes rotados

	Componente								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32_Útil	0,819								
37_Organización del conocimiento	0,795								
17_Desarrollo académico	0,769								
27_Facilita su aprendizaje	0,765								
38_Ayuda a decidir cuidados	0,747								
14_Responsabilidades exclusivas	0,741								
34_Aplica en la práctica asistencial	0,739								
33_Intuitiva	0,727								
35_Los profesionales la aceptan	0,716								
16_Conceptos exclusivos	0,685								
15_Teorías de Enfermería	0,685								
25_Coherencia interna	0,671								
23_Etiquetas claras y descriptivas	0,663								
21_CD relevantes	0,642								
26_Estructura jerárquica	0,638								
22_FR y Fr relevantes	0,620								
20_Contextualiza el cuidado	0,614								
39_Riesgo de infección		0,840							
39_Dolor crónico		0,834							
39_Conocimientos deficientes		0,823							
39_Riesgo lesión perioperatoria		0,815							
39_Náuseas		0,814							
39_Deterioro intercambio gases		0,796							
39_Intolerancia actividad		0,792							
39_Insomnio		0,774							
39_Confusión aguda		0,758							
39_Riesgo sangrado		0,748							
39_Ansiedad		0,731							
39_Diarrea		0,652							
39_Gasto cardíaco		0,643							
40_Significado			0,851						
40_Realismo			0,846						
40_Obstaculización			0,845						
40_Validez			0,841						
40_Relevancia			0,837						
40_Gratificación			0,833						
40_Creatividad			0,785						
13_Concepto persona				0,830					
13_Concepto salud				0,822					
13_Concepto entorno				0,812					
13_Concepto cuidados				0,760					
24_Claras-descriptivas CD					0,694				
24_Claros- descriptivos FR					0,681				
24_Claros- descriptivos Fr					0,680				
29_Código inequívoco					0,414				
12_FR enfermedades						0,851			
11_DE enfermedades						0,846			
28_Conceptos duplicados						0,439			
18_DE fundamentados evidencia							0,685		
19_Diseños aportan evidencia							0,639		
36_Abstracción								0,649	
39_Incontinencia urinaria refleja								0,555	
39_Disfunción sexual								0,491	
31_Conceptos mapeados									0,781
30_Sinónimos									0,657

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

En su análisis, se observan claramente los 9 componentes identificados. Todos ellos mostraron altos valores de saturación.

Destacó claramente un primer factor con saturaciones que oscilaron entre 0,819 y 0,614 y que incluyó 17 variables del instrumento, principalmente orientadas a la utilidad clínica de la clasificación diagnóstica en relación a su fundamentación teórica y competencial para el desarrollo de los conceptos disciplinares, como propiedades inherentes a cualquier sistema taxonómico.

Un segundo componente con valores de saturación que oscilaron entre 0,840 y 0,643 y que incluyó 13 variables acerca de los DE usados de forma prevalente en la práctica clínica en relación a la aptitud de los profesionales para el discernimiento diagnóstico en el proceso de pensamiento crítico.

El tercer factor mostró saturaciones que oscilaron entre 0,851 y 0,785 e incluyeron los 7 ítems que evaluaron las actitudes de los profesionales ante el DE.

El cuarto incluyó los 4 ítems que abordaron los conceptos centrales de la disciplina enfermera, con valores de saturaciones que oscilaron entre 0,830 y 0,760.

El quinto saturó los 4 ítems que evaluaron los contenidos y la codificación de la clasificación, con valores de saturación que oscilaron entre 0,694 y 0,414.

El sexto factor mostró saturaciones que oscilaron entre 0,851 y 0,439 para 3 variables que evaluaron la asimilación y semejanza conceptual entre los DE y sus FR/Fr, enfermedades o atributos fisiopatológicos.

El séptimo componente incluyó las 2 variables que evaluaron la evidencia científica ocasionada por los diseños metodológicos de los estudios publicados sobre DE, con saturaciones que oscilaron entre 0,685 y 0,639.

El octavo saturó entre 0,649 y 0,491 para 3 variables relacionadas con la influencia que exhibe el grado de abstracción conceptual en la precisión diagnóstica.

Por último, el noveno factor con saturaciones que oscilaron entre 0,781 y 0,657 para 2 variables que evaluaron el mapeo conceptual entre distintas terminologías enfermeras.



En línea general, la correlación entre las variables de cada componente fue bastante alta. Asimismo, mostraron ítems compartidos que saturaron en más de un factor, lo que nos informa de sus relaciones interfactoriales y la propia complejidad de la variable latente.

Por tanto, se ha considerado este AFE como una primera aproximación que orienta la realización del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), donde se espera encontrar evidencias de la existencia de estos 9 factores, denominados de la siguiente manera:

1. Evaluación de la competencia clínica de la clasificación.
2. Evaluación de las aptitudes para el razonamiento diagnóstico.
3. Evaluación de las actitudes ante el diagnóstico enfermero.
4. Evaluación de los conceptos centrales de la disciplina.
5. Evaluación de los contenidos de la clasificación.
6. Evaluación de atributos fisiopatológicos.
7. Evaluación del nivel de evidencia científica.
8. Evaluación de la precisión diagnóstica.
9. Evaluación de la comparativa conceptual entre terminologías.

Estos factores identificados resultaron congruentes tanto con el análisis exploratorio como con el modelo teórico.

#### **16.4. Consistencia interna**

La fiabilidad estudia la determinación de la consistencia interna. Con esta finalidad se ha realizado el Coeficiente de Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para el conjunto de 55 ítems del instrumento. La puntuación obtenida fue  $\alpha=0,957$ , lo que indicó excelente correlación entre variables y alta confiabilidad del instrumento.

Tras decidir la retención de los 9 componentes anteriormente identificados, se ha procedido a calcular el Coeficiente Alfa de Cronbach para cada uno de los factores con la finalidad de determinar el reparto de las cargas de la consistencia interna en cada una de las escalas.

Para comprobar si la respuesta a cada uno de los ítems es consistente con el total de la escala de cada factor se estimó el valor del coeficiente Alfa bajo el supuesto de eliminar el ítem. En el caso de contar con un ítem consistente con el resto de la escala, el valor del coeficiente Alfa una vez eliminado resultará inferior al observado; mientras que si el ítem no es consistente con el resto, el Alfa de la escala aumentará tras su eliminación. Los resultados de estos análisis permitirían hablar de las escalas como constructos consistentes.

Primero, se ha evaluado el grado de consistencia interna de las respuestas a los ítems relacionados con la componente 1, sobre la *Evaluación de la competencia clínica de la clasificación*. El valor del coeficiente para los 17 ítems resultó  $\alpha=0,957$  (valor Alfa poblacional comprendido entre 0,952 y 0,956 para una confianza del 95%). No se encontró ningún ítem de estos 17 que hiciese aumentar el valor del coeficiente Alfa tras ser eliminado, tal como se muestra en la Tabla 52.

**Tabla 52. Consistencia interna de la Componente 1 si se elimina un ítem**

Ítems de la Componente 1	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P32_Útil	0,952
P37_Organización del conocimiento	0,953
P17_Desarrollo académico	0,953
P27_Facilita su aprendizaje	0,954
P38_Ayuda a decidir cuidados	0,954
P14_Responsabilidades exclusivas	0,955
P34_Aplica en la práctica asistencial	0,955
P33_Intuitiva	0,954
P35_Los profesionales la aceptan	0,956
P16_Conceptos exclusivos	0,954
P15_Teorías de Enfermería	0,955
P25_Coherencia interna	0,954
P23_Etiquetas claras y descriptivas	0,954
P21_CD relevantes	0,954
P26_Estructura jerárquica	0,955
P22_FR y Fr relevantes	0,955
P20_Contextualiza el cuidado	0,955

En segundo lugar, se ha determinado el grado de consistencia interna de las respuestas a los ítems relacionados con la componente 2, sobre la *Evaluación de las*

*aptitudes para el razonamiento diagnóstico*. El valor del coeficiente para los 13 ítems resultó  $\alpha=0,936$  (valor Alfa poblacional comprendido entre 0,928 y 0,938 para una confianza del 95%). Solo se encontró 1 ítem de estos 13 que hiciese aumentar el valor del coeficiente Alfa tras ser eliminado; el que refiere a la consideración de los Conocimientos deficientes como DE, que haría aumentar su valor  $\alpha=0,938$ , tal como se muestra en la Tabla 53.

**Tabla 53. Consistencia interna de la Componente 2 si se elimina un ítem**

Ítems de la Componente 2	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P39_Riesgo de infección	0,931
P39_Dolor crónico	0,929
P39_Conocimientos deficientes	0,938
P39_Riesgo lesión perioperatoria	0,936
P39_Náuseas	0,929
P39_Deterioro intercambio gases	0,931
P39_Intolerancia actividad	0,932
P39_Insomnio	0,929
P39_Confusión aguda	0,928
P39_Riesgo sangrado	0,929
P39_Ansiedad	0,928
P39_Diarrea	0,929
P39_Gasto cardíaco	0,931

A continuación, se ha determinado el grado de consistencia interna de las respuestas a los ítems relacionados con la componente 3, sobre la *Evaluación de las actitudes ante el diagnóstico enfermero*. El valor del coeficiente para los 7 ítems resultó  $\alpha=0,956$  (valor Alfa poblacional comprendido entre 0,947 y 0,954 para una confianza del 95%). No se encontró ningún ítem de estos 7 que hiciese aumentar el valor del coeficiente Alfa tras ser eliminado, tal como se muestra en la Tabla 54.

**Tabla 54. Consistencia interna de la Componente 3 si se elimina un ítem**

Ítems de la Componente 3	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P40_Significado	0,949
P40_Realismo	0,948
P40_Obstaculización	0,947
P40_Validez	0,950
P40_Relevancia	0,949
P40_Gratificación	0,948
P40_Creatividad	0,954

En cuarto lugar, el grado de consistencia interna de las respuestas a los ítems relacionados con la componente 4, sobre la *Evaluación de los conceptos centrales de la disciplina*. El valor del coeficiente para los 4 ítems mostró  $\alpha=0,935$  (valor Alfa poblacional comprendido entre 0,903 y 0,930 para una confianza del 95%). No se encontró ningún ítem de estos 4 que hiciese aumentar el valor del coeficiente Alfa tras ser eliminado, tal como se muestra en la Tabla 55.

**Tabla 55. Consistencia interna de la Componente 4 si se elimina un ítem**

Ítems de la Componente 4	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P13_Concepto persona	0,910
P13_Concepto salud	0,903
P13_Concepto entorno	0,930
P13_Concepto cuidados	0,919

Seguidamente, el grado de consistencia interna de las respuestas a los ítems relacionados con la componente 5, sobre la *Evaluación de los contenidos de la clasificación*. El valor del coeficiente para los 4 ítems resultó  $\alpha=0,896$  (valor Alfa poblacional comprendido entre 0,819 y 0,969 para una confianza del 95%). Solo se encontró 1 ítem de estos 4 que hiciese aumentar el valor del coeficiente Alfa tras ser eliminado; el que refiere a la existencia de códigos inequívocos para identificar cada uno de los conceptos diagnósticos de NANDA-I, que haría aumentar su valor  $\alpha=0,969$ , tal como se muestra en la Tabla 56.

**Tabla 56. Consistencia interna de la Componente 5 si se elimina un ítem**

Ítems de la Componente 5	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P24_Claras-descriptivas CD	0,829
P24_Claros-descriptivos FR	0,819
P24_Claros-descriptivos Fr	0,823
P29_Código inequívoco	0,969

En sexto lugar, el grado de consistencia interna de las respuestas a los ítems relacionados con la componente 6, sobre la *Evaluación de atributos fisiopatológicos*.

El valor del coeficiente para los 3 ítems resultó  $\alpha=0,669$  (valor Alfa poblacional comprendido entre 0,336 y 0,828 para una confianza del 95%). Solo se encontró 1 ítem de estos 3 que hiciese aumentar el valor del coeficiente Alfa tras ser eliminado; el que refiere a la existencia de conceptos duplicados en NANDA-I, que haría aumentar su valor  $\alpha=0,828$ , tal como se muestra en la Tabla 57.

**Tabla 57. Consistencia interna de la Componente 6 si se elimina un ítem**

Ítems de la Componente 6	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
12_FR enfermedades	0,376
11_DE enfermedades	0,336
28_Conceptos duplicados	0,828

En cuanto al grado de consistencia interna de las respuestas a los ítems relacionados con la Componente 7, sobre la *Evaluación del nivel de evidencia científica*, el valor del coeficiente para los 2 ítems resultó  $\alpha=0,888$ ; no fue posible calcular el coeficiente si se elimina uno de los ítems dado que el factor quedaría con 1 único ítem.

En relación al grado de consistencia interna de las respuestas a los ítems relacionados con la componente 8, sobre la *Evaluación de la precisión diagnóstica*, el valor del coeficiente para los 3 ítems resultó  $\alpha=0,562$  (valor Alfa poblacional comprendido entre 0,844 y 0,057 para una confianza del 95%). Solo se encontró 1 ítem de estos 3 que hiciese aumentar el valor del coeficiente Alfa tras ser eliminado; el que refiere a la abstracción de algunos DE, que haría aumentar su valor  $\alpha=0,844$ , tal como se muestra en la Tabla 58.

**Tabla 58. Consistencia interna de la Componente 8 si se elimina un ítem**

Ítems de la Componente 8	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P36_Abstracción	0,844
P39_Incontinencia urinaria refleja	0,057
P39_Disfunción sexual	0,088

Por último, el grado de consistencia interna de las respuestas a los ítems

relacionados con la Componente 9, sobre la *Evaluación de la comparativa conceptual entre terminologías*; el valor del coeficiente para los 2 ítems resultó  $\alpha=0,639$ . En este caso, tampoco fue posible calcular el coeficiente si se elimina uno de los ítems dado que el factor quedaría nuevamente con 1 único ítem.

### 16.5. Correlación interfactorial

Anteriormente, se evaluó la capacidad de predicción y puntuaciones de los cada uno de los factores por separado. A continuación, se ha procedido a determinar la consistencia interna de las relaciones entre los distintos factores.

Para ello, se ha procedido a sumar las puntuaciones de todos los ítems de cada factor; del mismo modo, se ha creado una nueva variable con los valores totales de los 9 factores, denominada Factor Total. Los resultados estadísticos de las nuevas variables se muestran en la Tabla 59.

**Tabla 59. Sumatorio de factores como variables**

	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max
Factor 1_Competencia clínica	460	67,05	18,79	17	55,75	71	81	101
Factor 2_Aptitudes razonamiento	460	55,04	15,53	15	45	58	66	78
Factor 3_Actitudes ante los DE	460	26,88	8,22	7	21	28	33	42
Factor 4_Conceptos centrales	460	18,15	4,77	4	16	19	21	24
Factor 5_Contenidos	460	17,02	4,63	4	15	18	20	24
Factor 6_Atributos fisiopatológicos	460	12,46	3,41	3	10	13	15	18
Factor 7_Evidencia científica	460	8,89	2,4	2	8	10	10	12
Factor 8_Precisión	460	11,61	3,49	3	9	12	14	18
Factor 9_Comparativa terminologías	460	7,79	2,14	2	6	8	9	12
Factor Total	460	224,9	43,43	72	201,75	230	256	327

Debido a que se trata de variables ficticias de las que se desconoce su naturaleza, se ha realizado la correlación de Pearson y el coeficiente de Spearman. La correlación ha sido significativa en la mayoría de factores, así como con el Factor Total, según se muestra en la Tabla 60.

**Tabla 60. Correlaciones de cada uno de los factores y el Factor Total**

	Pearson	p-valor	IC (95%)	Spearman	p-valor
F1_Compentencia vs F2_Aptitudes	0,31	<0,001	0,22 – 0,39	0,30	<0,001
F1_Compentencia vs F3_Actitudes	0,52	<0,001	0,45 – 0,59	0,52	<0,001
F1_Compentencia vs F4_Concept central	0,63	<0,001	0,57 – 0,68	0,63	<0,001
F1_Compentencia vs F5_Contenidos	0,73	<0,001	0,69 – 0,77	0,66	<0,001
F1_Compentencia vs F6_Atribut fisiop	0,07	0,124	-0,02-0,16	0,05	0,334
F1_Compentencia vs F7_Evidencia	0,63	<0,001	0,57 – 0,68	0,62	<0,001
F1_Compentencia vs F8_Precisión	0,24	<0,001	0,15 – 0,32	0,24	<0,001
F1_Compentencia vs F9_Comparat termin	0,32	<0,001	0,24 – 0,40	0,30	<0,001
F1_Compentencia vs Factor Total	0,86	<0,001	0,84 – 0,89	0,85	<0,001
F2_Aptitudes vs F3_Actitudes	0,32	<0,001	0,24 – 0,4	0,32	<0,001
F2_Aptitudes vs F4_Concept central	0,23	<0,001	0,14 – 0,31	0,22	<0,001
F2_Aptitudes vs F5_Contenidos	0,31	<0,001	0,22 – 0,39	0,28	<0,001
F2_Aptitudes vs F6_Atribut fisiop	0,01	0,91	-0,09 – 0,10	-0,01	0,819
F2_Aptitudes vs F7_Evidencia	0,28	<0,001	0,19 – 0,36	0,27	<0,001
F2_Aptitudes vs F8_Precisión	0,76	<0,001	0,72 – 0,80	0,78	<0,001
F2_Aptitudes vs F9_Comparat termin	0,05	0,256	-0,04 – 0,14	0,06	0,191
F2_Aptitudes vs Factor Total	0,69	<0,001	0,64 – 0,74	0,67	<0,001
F3_Actitudes vs F4_Concept central	0,30	<0,001	0,22 – 0,38	0,32	<0,001
F3_Actitudes vs F5_Contenidos	0,39	<0,001	0,31 – 0,46	0,36	<0,001
F3_Actitudes vs F6_Atribut fisiop	0,03	0,527	-0,06 – 0,12	0,03	0,468
F3_Actitudes vs F7_Evidencia	0,28	<0,001	0,19 – 0,36	0,28	<0,001
F3_Actitudes vs F8_Precisión	0,28	<0,001	0,19 – 0,36	0,8	<0,001
F3_Actitudes vs F9_Comparat termin	0,12	0,011	0,03 – 0,21	0,12	0,009
F3_Actitudes vs Factor Total	0,65	<0,001	0,60 – 0,70	0,64	<0,001
F4_Concept central vs F5_Contenidos	0,56	<0,001	0,49 – 0,62	0,54	<0,001
F4_Concept central vs F6_Atribut fisiop	0,13	0,005	0,04 – 0,22	0,06	0,197
F4_Concept central vs F7_Evidencia	0,49	<0,001	0,41 – 0,55	0,51	<0,001
F4_Concept central vs F8_Precisión	0,16	<0,001	0,07 – 0,25	0,15	<0,001
F4_Concept central vs F9_Compara term	0,24	<0,001	0,15 – 0,32	0,22	<0,001
F4_Concept central vs Factor Total	0,64	<0,001	0,58 – 0,69	0,61	<0,001
F5_Contenidos vs F6_Atribut fisiop	0,00	0,938	-0,10 – 0,09	-0,04	0,375
F5_Contenidos vs F7_Evidencia	0,49	<0,001	0,42 – 0,56	0,46	<0,001
F5_Contenidos vs F8_Precisión	0,20	<0,001	0,11 – 0,28	0,19	<0,001
F5_Contenidos vs F9_Comparat termin	0,26	<0,001	0,18 – 0,35	0,23	<0,001
F5_Contenidos vs Factor Total	0,72	<0,001	0,68 – 0,77	0,66	<0,001
F6_Atribut fisiop vs F7_Evidencia	0,03	0,454	-0,06 – 0,13	-0,03	0,587
F6_Atribut fisiop vs F8_Precisión	0,04	0,357	-0,05 – 0,13	0,03	0,462
F6_Atribut fisiop vs F9_Comparat term	0,29	<0,001	0,20 – 0,37	0,25	<0,001
F6_Atribut fisiop vs Factor Total	0,15	0,001	0,06 – 0,24	0,11	0,023
F7_Evidencia vs F8_Precisión	0,21	<0,001	0,13 – 0,30	0,21	<0,001
F7_Evidencia vs F9_Comparat termin	0,24	<0,001	0,16 – 0,33	0,23	<0,001
F7_Evidencia vs Factor Total	0,62	<0,001	0,56 – 0,67	0,58	<0,001
F8_Precisión vs F9_Comparat termin	0,14	0,002	0,05 – 0,23	0,14	0,004
F8_Precisión vs Factor Total	0,57	<0,001	0,51 – 0,63	0,57	<0,001
F9_Comparat termin vs Factor Total	0,33	<0,001	0,25 – 0,41	0,31	<0,001

## 16.6. Análisis Factorial Confirmatorio

El AFC tiene como propósito analizar los modelos de medición, es decir, la estructura y conformación de ítems, así como los indicadores y estímulos de una variable latente previamente hipotetizada (Brown, 2015), con la finalidad de confirmar la estructura unidimensional de EVALUAN-I.

Una de las ventajas que comporta el AFC radica en la posibilidad que ofrece al investigador para identificar factores correlacionados o no correlacionados entre ellos. Del mismo modo, posibilita separar en cada ítem la parte de la varianza explicada de la parte no explicada por el factor; de esta manera es posible diferenciar cada una de las variables para calcular sus coeficientes y varianzas por separado, identificando y corrigiendo los errores de medición.

La adecuación de cada modelo ha sido verificada empleando Chi-cuadrado, como único estadístico que permite evaluar su ajuste, mediante su cociente entre el número de grados de libertad (buen ajuste si valor  $<4,00$ ). No obstante, ante las limitaciones que pueda mostrar Chi-cuadrado han sido desarrollados diversos indicadores de ajuste (Aldás & Uriel, 2017); de todos ellos, han sido empleados los siguientes:

- RMR: Raíz cuadrada media residual (Root mean square residual), mide la probabilidad de que las matrices de varianza y covarianza muestral y estimada sean la misma; valor  $<0,08$  denota buen ajuste (a menor valor, mejor ajuste).
- RMSEA: Raíz cuadrada media de error de aproximación (Root mean square error of approximation), incorpora una corrección por parsimonia al RMR y Chi-cuadrado al introducir los grados de libertad en su cálculo; valor  $<0,08$  denota buen ajuste (a menor valor, mejor ajuste).
- GFI: Índice de bondad de ajuste (Goodness of fit index), indicador bastante robusto que determina la proporción de varianza total que puede ser explicada por el modelo; valor  $>0,90$  denota buen ajuste (a mayor valor, mejor ajuste).
- AGFI: Índice de bondad de ajuste corregido (Adjusted goodness of fit index), introduce un factor de corrección por parsimonia a través de los grados de libertad del modelo al indicador GFI; valor  $>0,90$  denota buen ajuste (a mayor valor, mejor ajuste).



- NNFI: Índice ajuste no normado (Nonnormed fit index), evalúa la proporción de mejora del ajuste conseguida con el modelo considerado respecto a la mejora que podría conseguirse con el modelo citado de buen ajuste; valor  $>0,90$  denota buen ajuste (a mayor valor, mejor ajuste).
- NFI: Índice de ajuste normado (Normed fit index), evalúa la disminución del valor Chi-cuadrado en el modelo propuesto con respecto a un modelo base; valor  $>0,90$  denota buen ajuste (a mayor valor, mejor ajuste).
- TLI: Índice de ajuste comparado o incremental (Tucker-Lewis index), incorpora un factor de corrección por parsimonia a través de los grados de libertad del modelo al indicador NFI; valor  $>0,90$  denota buen ajuste (a mayor valor, mejor ajuste).
- CFI: Índice de ajuste comparado (Comparative fit index), indicador bastante robusto que estabiliza la corrección por parsimonia de los valores NFI y TLI; valor  $>0,90$  denota buen ajuste (a mayor valor, mejor ajuste).

### Modelo 1

Este primer modelo deriva de la estructura propuesta por el constructo de ACP. Para empezar se han calculado los indicadores de bondad de ajuste. Los resultados alcanzados fueron Chi-cuadrado: 4248,069; grados de libertad: 1394 ( $p < 0,001$ ). El cociente entre Chi-cuadrado y los grados de libertad fue 3,07. Los indicadores de ajuste óptimos RMSEA=0,067 y CFI=0,862, tal como se muestra en la Tabla 61.

**Tabla 61. Indicadores de ajuste del Modelo 1**

	X <sup>2</sup>	p-valor	RMR	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	CFI
<b>Modelo 1</b>	4248,07	P<0,001	0,115	0,067	0,736	0,708	0,809	0,862
<b>Buen ajuste si:</b>			<0,08	<0,08	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90

A continuación, se ha calculado el nivel de significación de la totalidad de constructos. Para los constructos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 9 todas las variables fueron significativas; mientras que para el constructo 8 ninguna de sus variables fue significativa, tal como se muestra en la Tabla 62.

Tabla 62. Significancia de los constructos en el Modelo 1

	Estimate	Std.Err	Z-valor	P (> z )	Std.lv	Std.all
<b>Constructo 1_Compentencia clínica</b>						
P32_Útil	1,000				1,325	0,852
P37_Organización del conocimiento	0,934	0,041	22,984	0,000	1,237	0,829
P17_Desarrollo académico	1,001	0,047	21,313	0,000	1,327	0,793
P27_Facilita su aprendizaje	0,864	0,044	19,862	0,000	1,145	0,758
P38_Ayuda a decidir cuidados	0,892	0,041	21,519	0,000	1,182	0,797
P14_Responsabilidades exclusivas	0,990	0,053	18,592	0,000	1,311	0,726
P34_Aplica en la práctica asistencial	0,799	0,049	16,247	0,000	1,058	0,660
P33_Intuitiva	0,843	0,043	19,470	0,000	1,116	0,748
P35_Los profesionales la aceptan	0,742	0,046	16,194	0,000	0,983	0,658
P16_Conceptos exclusivos	0,806	0,041	19,433	0,000	1,068	0,747
P15_Teorías de Enfermería	0,724	0,044	16,507	0,000	0,959	0,688
P25_Coherencia interna	0,647	0,032	20,370	0,000	0,857	0,771
P23_Etiquetas claras y descriptivas	0,781	0,041	18,987	0,000	1,035	0,736
P21_CD relevantes	0,729	0,036	20,418	0,000	0,966	0,772
P26_Estructura jerárquica	0,649	0,034	19,225	0,000	0,859	0,742
P22_FR y Fr relevantes	0,694	0,036	19,098	0,000	0,920	0,739
P20_Contextualiza el cuidado	0,746	0,041	17,975	0,000	0,988	0,709
<b>Constructo 2_Aptitudes para el razonamiento</b>						
P39_Riesgo de infección	1,000				1,064	0,676
P39_Dolor crónico	1,231	0,079	15,485	0,000	1,310	0,784
P39_Conocimientos deficientes	0,524	0,061	8,633	0,000	0,558	0,420
P39_Riesgo lesión perioperatoria	0,736	0,069	10,734	0,000	0,783	0,527
P39_Náuseas	1,218	0,079	15,403	0,000	1,297	0,780
P39_Deterioro intercambio gases	1,160	0,078	14,822	0,000	1,235	0,747
P39_Intolerancia actividad	0,904	0,067	13,493	0,000	0,963	0,674
P39_Insomnio	1,181	0,074	15,973	0,000	1,257	0,813
P39_Confusión aguda	1,255	0,079	15,979	0,000	1,335	0,813
P39_Riesgo sangrado	1,171	0,079	14,825	0,000	1,247	0,747
P39_Ansiedad	1,147	0,073	15,625	0,000	1,221	0,793
P39_Diarrea	1,278	0,080	15,921	0,000	1,361	0,810
P39_Gasto cardíaco	1,253	0,081	15,484	0,000	1,334	0,784
<b>Constructo 3_Actitudes antes los DE</b>						
P40_Significado	1,000				1,132	0,869
P40_Realismo	1,020	0,038	26,704	0,000	1,155	0,884
P40_Obstaculización	1,036	0,039	26,697	0,000	1,173	0,884
P40_Validez	0,972	0,039	24,957	0,000	1,101	0,854
P40_Relevancia	1,047	0,040	25,959	0,000	1,185	0,872
P40_Gratificación	1,024	0,039	26,296	0,000	1,159	0,877
P40_Creatividad	0,980	0,044	22,215	0,000	1,110	0,802
<b>Constructo 4_Conceptos centrales</b>						
P13_Concepto persona	1,000				1,174	0,897
P13_Concepto salud	1,023	0,032	31,807	0,000	1,201	0,931
P13_Concepto entorno	0,948	0,037	25,435	0,000	1,113	0,842
P13_Concepto cuidados	0,961	0,034	27,984	0,000	1,127	0,880
<b>Constructo 5_Contenidos</b>						
P24_Claras-descriptivas CD	1,000				1,199	0,911
P24_Claros-descriptivos FR	1,047	0,027	39,453	0,000	1,255	0,965
P24_Claros-descriptivos Fr	1,056	0,027	39,765	0,000	1,266	0,967
P29_Código inequívoco	0,558	0,051	10,871	0,000	0,669	0,468

<b>Constructo 6_Atributos fisiopatológicos</b>						
P12_FR enfermedades	1,000				1,223	0,810
P11_DE enfermedades	1,120	0,126	8,911	0,000	1,370	0,830
P28_Conceptos duplicados	0,278	0,054	5,177	0,000	0,340	0,273
<b>Constructo 7_Evidencia científica</b>						
P18_DE fundamentados evidencia	1,000				1,085	0,868
P19_Diseños aportan evidencia	1,092	0,052	21,059	0,000	1,184	0,928
<b>Constructo 8_Precisión</b>						
P36_Abstracción	1,000				0,086	0,065
P39_Incontinencia urinaria refleja	17,725	13,221	1,341	0,180	1,531	0,874
P39_Disfunción sexual	16,210	12,092	1,341	0,180	1,400	0,867
<b>Constructo 9_Comparativa entre terminologías</b>						
P31_Conceptos mapeados	1,000				0,867	0,679
P30_Sinónimos	0,946	0,134	7,060	0,000	0,820	0,665

Posteriormente, se han calculado las covarianzas entre las 9 variables latentes, tal como se muestra en la Tabla 63.

**Tabla 63. Covarianzas de los constructos en el Modelo 1**

	Estimate	Std.Err	Z-valor	P (> z )	Std.lv	Std.all
<b>Constructo 1_Compentencia clínica</b>						
c2_Aptitudes para el razonamiento	0,448	0,077	5,837	0,000	0,317	0,317
c3_Actitudes ante los DE	0,824	0,088	9,346	0,000	0,549	0,549
c4_Conceptos centrales	1,017	0,096	10,545	0,000	0,654	0,654
c5_Contenidos	1,194	0,103	11,572	0,000	0,752	0,752
c6_Atributos fisiopatológicos	0,104	0,086	1,202	0,229	0,064	0,064
c7_Evidencia científica	0,980	0,095	10,341	0,000	0,682	0,682
c8_Precisión	0,027	0,021	1,286	0,198	0,238	0,238
c9_Comparativa entre terminologías	0,472	0,081	5,859	0,000	0,411	0,411
<b>Constructo 2_Aptitudes para el razonamiento</b>						
c3_Actitudes ante los DE	0,406	0,066	6,132	0,000	0,337	0,337
c4_Conceptos centrales	0,276	0,065	4,256	0,000	0,221	0,221
c5_Contenidos	0,382	0,068	5,626	0,000	0,300	0,300
c6_Atributos fisiopatológicos	-0,001	0,069	-0,011	0,991	-0,001	-0,001
c7_Evidencia científica	0,325	0,063	5,132	0,000	0,281	0,281
c8_Precisión	0,084	0,063	1,332	0,183	0,912	0,912
c9_Comparativa entre terminologías	0,064	0,056	1,139	0,255	0,070	0,070
<b>Constructo 3_Actitudes ante los DE</b>						
c4_Conceptos centrales	0,424	0,070	6,090	0,000	0,319	0,319
c5_Contenidos	0,582	0,074	7,913	0,000	0,429	0,429
c6_Atributos fisiopatológicos	0,002	0,073	0,034	0,973	0,002	0,002
c7_Evidencia científica	0,376	0,066	5,705	0,000	0,306	0,306
c8_Precisión	0,029	0,022	1,304	0,192	0,297	0,297
c9_Comparativa entre terminologías	0,152	0,061	2,509	0,012	0,155	0,155
<b>Constructo 4_Conceptos centrales</b>						
c5_Contenidos	0,794	0,081	9,768	0,000	0,564	0,564
c6_Atributos fisiopatológicos	0,244	0,079	3,087	0,002	0,170	0,170
c7_Evidencia científica	0,651	0,075	8,642	0,000	0,512	0,512

c8_Precisión	0,014	0,012	1,194	0,232	0,137	0,137
c9_Comparativa entre terminologías	0,313	0,067	4,645	0,000	0,308	0,308
<b>Constructo 5_Contenidos</b>						
c6_Atributos fisiopatológicos	-0,009	0,077	-0,114	0,909	-0,006	-0,006
c7_Evidencia científica	0,666	0,076	8,751	0,000	0,512	0,512
c8_Precisión	0,020	0,016	1,263	0,207	0,194	0,194
c9_Comparativa entre terminologías	0,317	0,068	4,669	0,000	0,305	0,305
<b>Constructo 6_Atributos fisiopatológicos</b>						
c7_Evidencia científica	0,033	0,072	0,449	0,654	0,025	0,025
c8_Precisión	-0,003	0,006	-0,483	0,629	-0,029	-0,029
c9_Comparativa entre terminologías	0,352	0,078	4,493	0,000	0,332	0,332
<b>Constructo 7_Evidencia científica</b>						
c8_Precisión	0,020	0,016	1,272	0,203	0,217	0,217
c9_Comparativa entre terminologías	0,318	0,065	4,896	0,000	0,338	0,338
<b>Constructo 8_Precisión</b>						
c9_Comparativa entre terminologías	0,007	0,007	0,995	0,320	0,095	0,095

Del mismo modo, se ha calculado el valor de las varianzas o errores mostrados en las variables del instrumento y latentes, tal como se muestra en la Tabla 64.

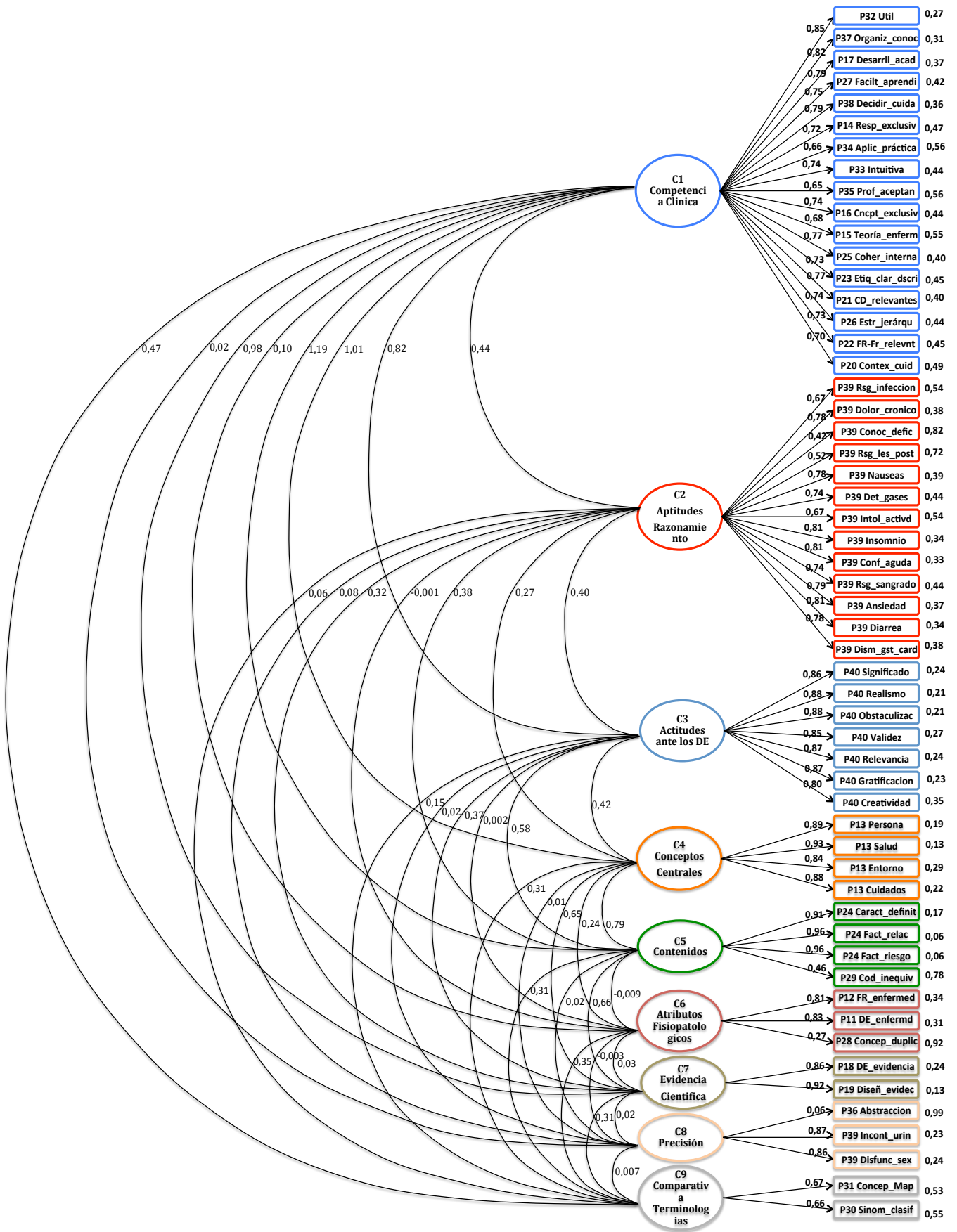
**Tabla 64. Varianzas o errores de los ítems y constructos en el Modelo 1**

	Estimate	Std.Err	Z-valor	P (> z )	Std.lv	Std.all
P32_Útil	0,661	0,049	13,619	0,000	0,661	0,274
P37_Organización del conocimiento	0,697	0,050	13,886	0,000	0,697	0,313
P17_Desarrollo académico	1,042	0,073	14,182	0,000	1,042	0,372
P27_Facilita su aprendizaje	0,969	0,067	14,379	0,000	0,969	0,425
P38_Ayuda a decidir cuidados	0,801	0,057	14,150	0,000	0,801	0,364
P14_Responsabilidades exclusivas	1,544	0,106	14,518	0,000	1,544	0,473
P34_Aplica en la práctica asistencial	1,451	0,099	14,717	0,000	1,451	0,564
P33_Intuitiva	0,979	0,068	14,425	0,000	0,979	0,440
P35_Los profesionales la aceptan	1,261	0,086	14,721	0,000	1,261	0,566
P16_Conceptos exclusivos	0,901	0,062	14,429	0,000	0,901	0,441
P15_Teorías de Enfermería	1,144	0,078	14,698	0,000	1,144	0,554
P25_Coherencia interna	0,502	0,035	14,316	0,000	0,502	0,406
P23_Etiquetas claras y descriptivas	0,906	0,063	14,478	0,000	0,906	0,458
P21_CD relevantes	0,634	0,044	14,309	0,000	0,634	0,405
P26_Estructura jerárquica	0,602	0,042	14,452	0,000	0,602	0,449
P22_FR y Fr relevantes	0,704	0,049	14,466	0,000	0,704	0,454
P20_Contextualiza el cuidado	0,965	0,066	14,577	0,000	0,965	0,497
P39_Riesgo de infección	1,350	0,093	14,527	0,000	1,350	0,544
P39_Dolor crónico	1,073	0,077	13,945	0,000	1,073	0,385
P39_Conocimientos deficientes	1,454	0,097	15,003	0,000	1,454	0,824
P39_Riesgo lesión perioperatoria	1,595	0,107	14,873	0,000	1,595	0,722
P39_Náuseas	1,084	0,078	13,982	0,000	1,084	0,392
P39_Deterioro intercambio gases	1,208	0,085	14,204	0,000	1,208	0,442
P39_Intolerancia actividad	1,116	0,077	14,534	0,000	1,116	0,546
P39_Insomnio	0,813	0,059	13,683	0,000	0,813	0,340
P39_Confusión aguda	0,916	0,067	13,679	0,000	0,916	0,339

P39_Riesgo sangrado	1,230	0,087	14,203	0,000	1,230	0,442
P39_Ansiedad	0,884	0,064	13,878	0,000	0,884	0,372
P39_Diarrea	0,974	0,071	13,715	0,000	0,974	0,345
P39_Gasto cardíaco	1,112	0,080	13,946	0,000	1,112	0,385
P40_Significado	0,416	0,032	12,986	0,000	0,416	0,245
P40_Realismo	0,374	0,030	12,638	0,000	0,374	0,219
P40_Obstaculización	0,386	0,031	12,641	0,000	0,386	0,219
P40_Validez	0,449	0,034	13,258	0,000	0,449	0,270
P40_Relevancia	0,445	0,034	12,930	0,000	0,445	0,240
P40_Gratificación	0,403	0,031	12,804	0,000	0,403	0,231
P40_Creatividad	0,685	0,049	13,899	0,000	0,685	0,357
P13_Concepto persona	0,334	0,029	11,326	0,000	0,334	0,195
P13_Concepto salud	0,223	0,024	9,206	0,000	0,223	0,134
P13_Concepto entorno	0,507	0,039	12,954	0,000	0,507	0,291
P13_Concepto cuidados	0,369	0,031	12,001	0,000	0,369	0,225
P24_Claras-descriptivas CD	0,295	0,023	12,911	0,000	0,295	0,170
P24_Claros-descriptivos FR	0,117	0,014	8,145	0,000	0,117	0,069
P24_Claros-descriptivos Fr	0,110	0,014	7,726	0,000	0,110	0,064
P29_Código inequívoco	1,598	0,106	15,043	0,000	1,598	0,781
P12_FR enfermedades	0,784	0,165	4,749	0,000	0,784	0,344
P11_DE enfermedades	0,846	0,204	4,138	0,000	0,846	0,311
P28_Conceptos duplicados	1,435	0,096	14,881	0,000	1,435	0,926
P18_DE fundamentados evidencia	0,387	0,050	7,801	0,000	0,387	0,247
P19_Diseños aportan evidencia	0,226	0,053	4,271	0,000	0,226	0,139
P36_Abstracción	1,735	0,114	15,159	0,000	1,735	0,996
P39_Incontinencia urinaria refleja	0,724	0,074	9,777	0,000	0,724	0,236
P39_Disfunción sexual	0,650	0,064	10,180	0,000	0,650	0,249
P31_Conceptos mapeados	0,877	0,116	7,549	0,000	0,877	0,539
P30_Sinónimos	0,847	0,106	7,987	0,000	0,847	0,557
c1_Competencia clínica	1,755	0,155	11,344	0,000	1,000	1,000
c2_Aptitudes para el razonamiento	1,133	0,140	8,095	0,000	1,000	1,000
c3_Actitudes ante los DE	1,281	0,110	11,675	0,000	1,000	1,000
c4_Conceptos centrales	1,377	0,112	12,257	0,000	1,000	1,000
c5_Contenidos	1,437	0,113	12,700	0,000	1,000	1,000
c6_Atributos fisiopatológicos	1,495	0,211	7,090	0,000	1,000	1,000
c7_Evidencia científica	1,176	0,109	10,839	0,000	1,000	1,000
c8_Precisión	0,007	0,011	0,670	0,503	1,000	1,000
c9_Comparativa entre terminologías	0,752	0,135	5,549	0,000	1,000	1,000

A continuación, se ha desarrollado la representación gráfica del Modelo 1, en el que se señalaron las cargas factoriales conseguidas, tal como se observa la Figura 22.

Figura 22. Representación gráfica del Modelo 1



*Modelo 2*

A la vista de los resultados y debido a que el modelo factorial presentó valores de ajuste que no llegaron a ser del todo satisfactorios, se ha procedido a mejorarlo desarrollando un segundo modelo.

En este sentido, se ha decidido mantener sin cambios la estructura factorial del ACP, dado que es capaz de representar los datos de la matriz de la variable latente. Para ello, solamente ha sido efectuada estimación en la medición de error correlacionada de las siguientes variables: *P21\_CD relevantes~P22\_FR/Fr relevantes*, *P40\_Validez~P40\_Relevancia*; *P34\_Aplica en la práctica asistencial~P35\_Los profesionales la aceptan*; *P39\_Riesgo infección~P39 Riesgo sangrado*; *P25\_Coherencia interna~P26\_Estructura jerárquica*; *P17\_Desarrollo académico~P14\_Responsabilidades exclusivas*; *P39\_Náuseas~P39\_Diarrea*; *P37\_Organización conocimiento~P38\_Ayuda a decidir cuidados*.

Tras estas modificaciones, el Modelo 2 mostró Chi-cuadrado: 3257,12; grados de libertad: 1386 ( $p < 0,001$ ). El cociente entre Chi-cuadrado y los grados de libertad fue 2,35. Se lograron mejoras en algunos indicadores con respecto al Modelo 1 (RMSEA=0,054; NNFI=0,903; CFI=0,910; TLI=0,903), tal como se muestra en la Tabla 65.

**Tabla 65. Indicadores de ajuste del Modelo 2**

	X <sup>2</sup>	p-valor	RMR	RMSEA	GFI	AGFI	NNFI	NFI	CFI	TLI
<b>Modelo 1</b>	4248,07	<0,001	0,115	0,067	0,736	0,708	0,853	0,809	0,862	0,853
<b>Modelo 2</b>	3257,12	<0,001	0,109	0,054	0,787	0,764	0,903	0,853	0,910	0,903
<b>Buen ajuste si:</b>			<0,08	<0,08	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90

A raíz de los cambios realizados, la totalidad de variables de los constructos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 9 han sido significativas. Nuevamente, ninguna de las variables del constructo 8 ha sido significativa, tal como indicaron los p-valores en la Tabla 66.



Tabla 66. Significancia de los constructos en el Modelo 2

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z )	Std.lv	Std.all
<b>Constructo 1_Compentencia clínica</b>						
P32_Útil	1,000				1,322	0,850
P37_Organización del conocimiento	0,923	0,042	22,202	0,000	1,220	0,817
P17_Desarrollo académico	0,995	0,048	20,811	0,000	1,315	0,786
P27_Facilita su aprendizaje	0,869	0,044	19,801	0,000	1,149	0,761
P38_Ayuda a decidir cuidados	0,878	0,042	20,683	0,000	1,160	0,783
P14_Responsabilidades exclusivas	0,974	0,054	17,945	0,000	1,287	0,713
P34_Aplica en la práctica asistencial	0,788	0,050	15,771	0,000	1,041	0,649
P33_Intuitiva	0,854	0,043	19,640	0,000	1,129	0,757
P35_Los profesionales la aceptan	0,736	0,046	15,850	0,000	0,972	0,652
P16_Conceptos exclusivos	0,814	0,042	19,471	0,000	1,075	0,753
P15_Teorías de Enfermería	0,730	0,044	16,533	0,000	0,965	0,672
P25_Coherencia interna	0,644	0,032	19,985	0,000	0,851	0,766
P23_Etiquetas claras y descriptivas	0,791	0,041	19,103	0,000	1,045	0,743
P21_CD relevantes	0,718	0,036	19,675	0,000	0,949	0,758
P26_Estructura jerárquica	0,643	0,034	18,744	0,000	0,850	0,734
P22_FR y Fr relevantes	0,681	0,037	18,338	0,000	0,900	0,723
P20_Contextualiza el cuidado	0,750	0,042	17,933	0,000	0,992	0,712
<b>Constructo 2_Aptitudes para el razonamiento</b>						
P39_Riesgo de infección	1,000				1,024	0,650
P39_Dolor crónico	1,282	0,087	14,747	0,000	1,312	0,786
P39_Conocimientos deficientes	0,546	0,064	8,500	0,000	0,559	0,421
P39_Riesgo lesión perioperatoria	0,759	0,073	10,387	0,000	0,777	0,523
P39_Náuseas	1,231	0,086	14,313	0,000	1,260	0,758
P39_Deterioro intercambio gases	1,208	0,085	14,167	0,000	1,236	0,748
P39_Intolerancia actividad	0,954	0,073	13,139	0,000	0,977	0,683
P39_Insomnio	1,237	0,081	15,242	0,000	1,266	0,819
P39_Confusión aguda	1,314	0,086	15,243	0,000	1,345	0,819
P39_Riesgo sangrado	1,189	0,061	19,647	0,000	1,217	0,729
P39_Ansiedad	1,197	0,080	14,885	0,000	1,225	0,795
P39_Diarrea	1,302	0,088	14,848	0,000	1,332	0,793
P39_Gasto cardíaco	1,305	0,089	14,743	0,000	1,336	0,785
<b>Constructo 3_Actitudes ante los DE</b>						
P40_Significado	1,000				1,134	0,871
P40_Realismo	1,033	0,038	27,502	0,000	1,172	0,897
P40_Obstaculización	1,036	0,039	26,808	0,000	1,176	0,886
P40_Validez	0,931	0,040	23,074	0,000	1,056	0,820
P40_Relevancia	1,007	0,042	24,151	0,000	1,143	0,840
P40_Gratificación	1,025	0,039	26,457	0,000	1,163	0,880
P40_Creatividad	0,991	0,044	22,712	0,000	1,124	0,812
<b>Constructo 4_Conceptos centrales</b>						
P13_Concepto persona	1,000				1,173	0,897
P13_Concepto salud	1,023	0,032	31,794	0,000	1,201	0,931
P13_Concepto entorno	0,948	0,037	25,432	0,000	1,113	0,842
P13_Concepto cuidados	0,961	0,034	27,991	0,000	1,128	0,880
<b>Constructo 5_Contenidos</b>						
P24_Claras-descriptivas CD	1,000				1,199	0,911
P24_Claros-descriptivos FR	1,047	0,027	39,475	0,000	1,256	0,965
P24_Claros-descriptivos Fr	1,056	0,027	39,747	0,000	1,266	0,967
P29_Código inequívoco	0,558	0,051	10,870	0,000	0,669	0,468



<b>Constructo 6_Atributos fisiopatológicos</b>						
P12_FR enfermedades	1,000				1,222	0,810
P11_DE enfermedades	1,121	0,126	8,922	0,000	1,370	0,831
P28_Conceptos duplicados	0,278	0,054	5,180	0,000	0,340	0,273
<b>Constructo 7_Evidencia científica</b>						
P18_DE fundamentados evidencia	1,000				1,084	0,867
P19_Diseños aportan evidencia	1,094	0,052	21,204	0,000	1,186	0,929
<b>Constructo 8_Precisión</b>						
P36_Abstracción	1,000				0,083	0,063
P39_Incontinencia urinaria refleja	18,508	14,431	1,283	0,200	1,529	0,873
P39_Disfunción sexual	16,986	13,245	1,282	0,200	1,403	0,868
<b>Constructo 9_Comparativa entre terminologías</b>						
P31_Conceptos mapeados	1,000				0,864	0,677
P30_Sinónimos	0,953	0,134	7,123	0,000	0,823	0,668

A continuación, se han calculado las covarianzas de los 9 constructos latentes, así como las covarianzas corregidas de las variables modificadas, tal como se muestra en la Tabla 67.

**Tabla 67. Covarianzas de los constructos y variables sugeridas en el Modelo 2**

	Estimate	Std.Err	Z-valor	P (> z )	Std.lv	Std.all
P21_CD relevantes ~ P22_FR y Fr relevantes	0,419	0,041	10,237	0,000	0,419	0,596
P40_Validez ~ P40_Relevancia	0,308	0,034	9,105	0,000	0,308	0,566
P34_Aplica práctica ~ P35_Profesionales aceptan	0,729	0,076	9,603	0,000	0,729	0,528
P39_Riesgo infección ~ P39_Riesgo Sangrado	0,700	0,076	9,173	0,000	0,700	0,512
P25_Coherencia interna ~ P26_Estruct jerárquica	0,269	0,031	8,582	0,000	0,269	0,479
P17_Desarrollo académic ~ P14_Respons exclusiv	0,628	0,073	8,567	0,000	0,628	0,479
P39_Nauseas ~ P39_Diarrea	0,452	0,062	7,238	0,000	0,452	0,406
P37_Organiz conocim ~ P38_Ayud decidir cuidad	0,319	0,044	7,166	0,000	0,319	0,402
<b>Constructo 1_Compentencia clínica</b>						
c2_Aptitudes para el razonamiento	0,430	0,075	5,760	0,000	0,318	0,318
c3_Actitudes ante los DE	0,848	0,089	9,493	0,000	0,566	0,566
c4_Conceptos centrales	1,017	0,097	10,523	0,000	0,656	0,656
c5_Contenidos	1,192	0,103	11,574	0,000	0,753	0,753
c6_Atributos fisiopatológicos	0,099	0,086	1,147	0,251	0,061	0,061
c7_Evidencia científica	0,987	0,095	10,375	0,000	0,689	0,689
c8_Precisión	0,026	0,021	1,232	0,218	0,234	0,234
c9_Comparativa entre terminologías	0,475	0,081	5,886	0,000	0,416	0,416
<b>Constructo 2_Aptitudes para el razonamiento</b>						
c3_Actitudes ante los DE	0,397	0,065	6,125	0,000	0,342	0,342
c4_Conceptos centrales	0,272	0,063	4,315	0,000	0,226	0,226
c5_Contenidos	0,373	0,066	5,647	0,000	0,304	0,304
c6_Atributos fisiopatológicos	-0,003	0,067	-0,041	0,967	-0,002	-0,002
c7_Evidencia científica	0,319	0,062	5,184	0,000	0,288	0,288
c8_Precisión	0,078	0,061	1,275	0,202	0,918	0,918
c9_Comparativa entre terminologías	0,059	0,054	1,094	0,247	0,067	0,067
<b>Constructo 3_Actitudes ante los DE</b>						
c4_Conceptos centrales	0,429	0,070	6,136	0,000	0,323	0,323
c5_Contenidos	0,581	0,074	7,884	0,000	0,428	0,428
c6_Atributos fisiopatológicos	0,002	0,074	0,033	0,973	0,002	0,002

c7_Evidencia científica	0,376	0,066	5,696	0,000	0,306	0,306
c8_Precisión	0,028	0,022	1,251	0,211	0,299	0,299
c9_Comparativa entre terminologías	0,154	0,061	2,531	0,011	0,157	0,157
<b>Constructo 4_Conceptos centrales</b>						
c5_Contenidos	0,793	0,081	9,768	0,000	0,564	0,564
c6_Atributos fisiopatológicos	0,244	0,079	3,085	0,002	0,170	0,170
c7_Evidencia científica	0,650	0,075	8,639	0,000	0,511	0,511
c8_Precisión	0,013	0,011	1,152	0,249	0,136	0,136
c9_Comparativa entre terminologías	0,312	0,067	4,643	0,000	0,307	0,307
<b>Constructo 5_Contenidos</b>						
c6_Atributos fisiopatológicos	-0,009	0,077	-0,116	0,908	-0,006	-0,006
c7_Evidencia científica	0,665	0,076	8,750	0,000	0,512	0,512
c8_Precisión	0,019	0,016	1,214	0,225	0,194	0,194
c9_Comparativa entre terminologías	0,315	0,068	4,651	0,000	0,304	0,304
<b>Constructo 6_Atributos fisiopatológicos</b>						
c7_Evidencia científica	0,032	0,072	0,445	0,656	0,024	0,024
c8_Precisión	-0,003	0,006	-0,478	0,633	-0,029	-0,029
c9_Comparativa entre terminologías	0,353	0,078	4,507	0,000	0,334	0,334
<b>Constructo 7_Evidencia científica</b>						
c8_Precisión	0,019	0,016	1,222	0,222	0,216	0,216
c9_Comparativa entre terminologías	0,315	0,065	4,879	0,000	0,337	0,337
<b>Constructo 8_Precisión</b>						
c9_Comparativa entre terminologías	0,007	0,007	0,968	0,333	0,094	0,094

Del mismo modo, han sido calculadas las varianzas o errores mostrados, tal como se muestra en la Tabla 68.

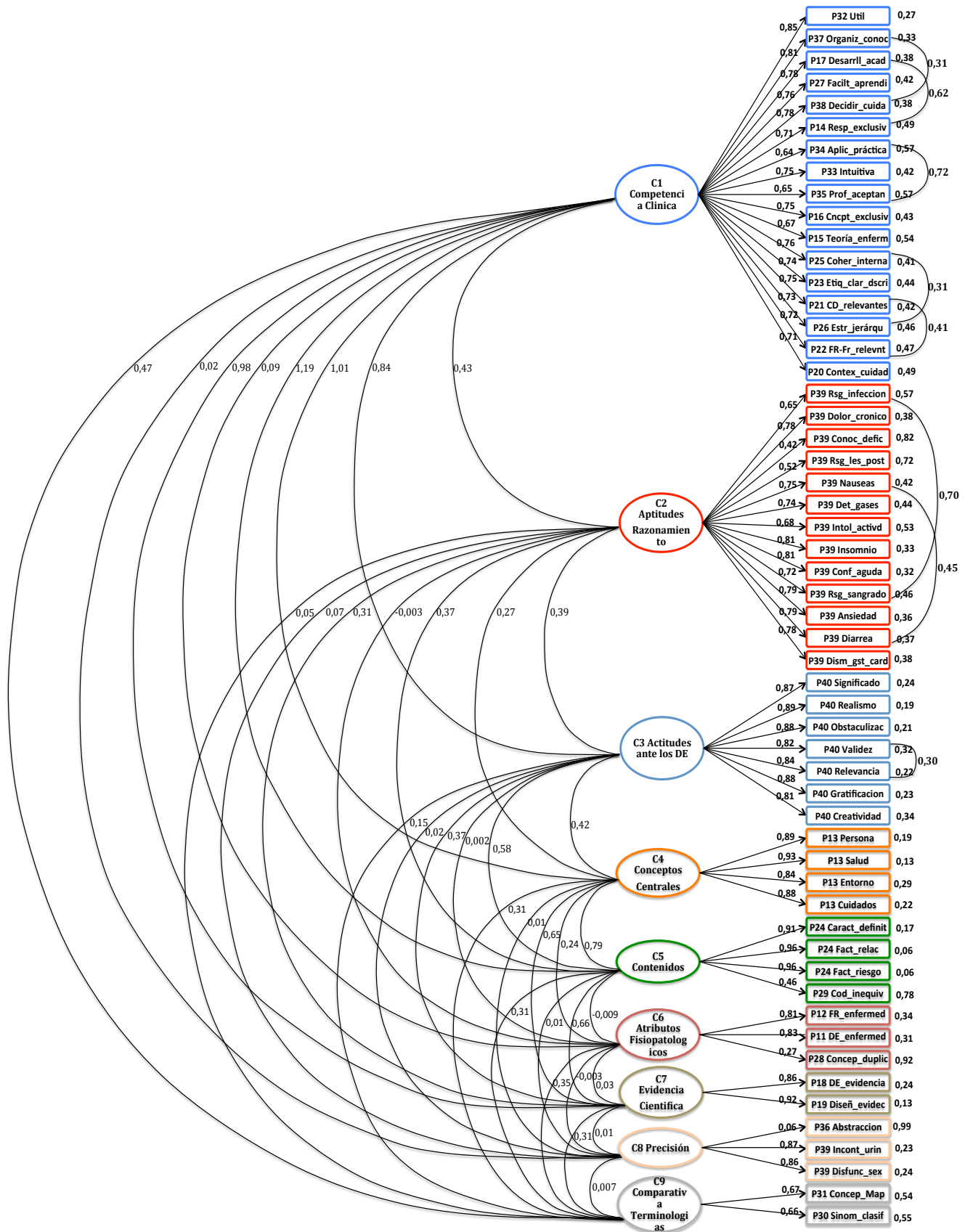
**Tabla 68. Varianzas o errores de los ítems y constructos en el Modelo 2**

	Estimate	Std.Err	Z-valor	P (> z )	Std.lv	Std.all
P32_Útil	0,670	0,050	13,318	0,000	0,620	0,277
P37_Organización del conocimiento	0,739	0,054	13,701	0,000	0,739	0,332
P17_Desarrollo académico	1,073	0,077	14,014	0,000	1,073	0,383
P27_Facilita su aprendizaje	0,960	0,068	14,194	0,000	0,960	0,421
P38_Ayuda a decidir cuidados	0,851	0,061	13,991	0,000	0,851	0,387
P14_Responsabilidades exclusivas	1,606	0,111	14,409	0,000	1,606	0,492
P34_Aplica en la práctica asistencial	1,488	0,102	14,646	0,000	1,488	0,579
P33_Intuitiva	0,951	0,067	14,218	0,000	0,951	0,427
P35_Los profesionales la aceptan	1,282	0,088	14,640	0,000	1,282	0,575
P16_Conceptos exclusivos	0,885	0,062	14,243	0,000	0,885	0,434
P15_Teorías de Enfermería	1,132	0,078	14,584	0,000	1,132	0,548
P25_Coherencia interna	0,512	0,036	14,148	0,000	0,512	0,414
P23_Etiquetas claras y descriptivas	0,886	0,062	14,294	0,000	0,886	0,448
P21_CD relevantes	0,667	0,047	14,203	0,000	0,667	0,426
P26_Estructura jerárquica	0,618	0,043	14,317	0,000	0,618	0,461
P22_FR y Fr relevantes	0,739	0,051	14,375	0,000	0,739	0,477
P20_Contextualiza el cuidado	0,967	0,066	14,440	0,000	0,957	0,493
P39_Riesgo de infección	1,435	0,099	14,542	0,000	1,435	0,578
P39_Dolor crónico	1,067	0,077	13,824	0,000	1,067	0,383
P39_Conocimientos deficientes	1,453	0,097	14,988	0,000	1,453	0,823
P39_Riesgo lesión perioperatoria	1,605	0,108	14,854	0,000	1,605	0,727

P39_Náuseas	1,177	0,084	13,991	0,000	1,177	0,426
P39_Deterioro intercambio gases	1,204	0,085	14,111	0,000	1,204	0,441
P39_Intolerancia actividad	1,089	0,075	14,439	0,000	1,089	0,533
P39_Insomnio	0,789	0,059	13,471	0,000	0,789	0,330
P39_Confusión aguda	0,889	0,066	13,469	0,000	0,889	0,329
P39_Riesgo sangrado	1,303	0,092	14,214	0,000	1,303	0,468
P39_Ansiedad	0,875	0,064	13,738	0,000	0,875	0,368
P39_Diarrea	1,050	0,077	13,271	0,000	1,050	0,372
P39_Gasto cardíaco	1,112	0,080	13,826	0,000	1,108	0,383
P40_Significado	0,411	0,032	12,706	0,000	0,411	0,242
P40_Realismo	0,335	0,028	11,932	0,000	0,335	0,196
P40_Obstaculización	0,380	0,031	12,300	0,000	0,380	0,215
P40_Validez	0,454	0,040	13,493	0,000	0,454	0,328
P40_Relevancia	0,544	0,041	13,241	0,000	0,544	0,226
P40_Gratificación	0,394	0,032	13,241	0,000	0,394	0,231
P40_Creatividad	0,652	0,048	13,653	0,000	0,652	0,340
P13_Concepto persona	0,334	0,029	11,327	0,000	0,334	0,195
P13_Concepto salud	0,223	0,024	9,211	0,000	0,223	0,134
P13_Concepto entorno	0,507	0,039	12,952	0,000	0,507	0,291
P13_Concepto cuidados	0,369	0,031	11,994	0,000	0,369	0,225
P24_Claras-descriptivas CD	0,294	0,023	12,909	0,000	0,294	0,170
P24_Claros-descriptivos FR	0,116	0,014	8,113	0,000	0,116	0,069
P24_Claros-descriptivos Fr	0,110	0,014	7,747	0,000	0,110	0,065
P29_Código inequívoco	1,598	0,106	15,043	0,000	1,598	0,781
P12_FR enfermedades	0,785	0,165	4,765	0,000	0,785	0,344
P11_DE enfermedades	0,844	0,204	4,134	0,000	0,844	0,310
P28_Conceptos duplicados	1,434	0,096	14,881	0,000	1,434	0,926
P18_DE fundamentados evidencia	0,389	0,049	7,915	0,000	0,389	0,249
P19_Diseños aportan evidencia	0,223	0,052	4,267	0,000	0,223	0,137
P36_Abstracción	1,736	0,115	15,160	0,000	1,736	0,996
P39_Incontinencia urinaria refleja	0,732	0,074	9,938	0,000	0,732	0,238
P39_Disfunción sexual	0,643	0,063	10,176	0,000	0,643	0,246
P31_Conceptos mapeados	0,883	0,115	7,686	0,000	0,883	0,542
P30_Sinónimos	0,842	0,106	7,963	0,000	0,842	0,554
c1_Competencia clínica	1,747	0,155	11,270	0,000	1,000	1,000
c2_Aptitudes para el razonamiento	1,048	0,136	7,675	0,000	1,000	1,000
c3_Actitudes ante los DE	1,286	0,110	11,694	0,000	1,000	1,000
c4_Conceptos centrales	1,377	0,112	12,256	0,000	1,000	1,000
c5_Contenidos	1,437	0,113	12,701	0,000	1,000	1,000
c6_Atributos fisiopatológicos	1,494	0,211	7,093	0,000	1,000	1,000
c7_Evidencia científica	1,174	0,108	10,846	0,000	1,000	1,000
c8_Precisión	0,007	0,011	0,641	0,521	1,000	1,000
c9_Comparativa entre terminologías	0,746	0,134	5,566	0,000	1,000	1,000

De este modo, la representación gráfica del Modelo 2 señaló las nuevas cargas factoriales alcanzadas tras la estimación de las correlaciones de errores, tal como se observa en la Figura 23.

Figura 23. Representación gráfica del Modelo 2



*Modelo 3*

Con la finalidad de mejorar el análisis factorial, se ha efectuado una nueva modificación para desarrollar un tercer modelo. Para ello, se propuso añadir la variable *P20\_Contextualiza el cuidado* al constructo 7, manteniéndola al mismo tiempo en el constructo de origen. El Modelo 3 mostró Chi-cuadrado: 3270,19; grados de libertad: 1386 ( $p < 0,001$ ). El cociente entre Chi-cuadrado y los grados de libertad fue 2,36. En comparación con el modelo anterior, los indicadores se comportaron de forma similar (RMSEA=0,054; NNFI=0,903; CFI=0,909; TLI=0,903), tal como se muestra en la Tabla 69.

**Tabla 69. Indicadores de ajuste del Modelo 3**

	X <sup>2</sup>	p-valor	RMR	RMSEA	GFI	AGFI	NNFI	NFI	CFI	TLI
<b>Modelo 1</b>	4248,07	<0,001	0,115	0,067	0,736	0,708	0,853	0,809	0,862	0,853
<b>Modelo 2</b>	3257,12	<0,001	0,109	0,054	0,787	0,764	0,903	0,853	0,910	0,903
<b>Modelo 3</b>	3270,19	<0,001	0,114	0,054	0,790	0,766	0,903	0,853	0,909	0,903
<b>Buen ajuste si:</b>			<0,08	< 0,08	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90	>0,90

Tras esta nueva modificación, los constructos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 9 fueron nuevamente significativos. En esta ocasión, no fueron significativas las variables del constructo 8, tal como indicaron los p-valores en la Tabla 70.

**Tabla 70. Significancia de los constructos en el Modelo 3**

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z )	Std.lv	Std.all
<b>Constructo 1_Competencia clínica</b>						
P32_Útil	1,000				1,331	0,856
P37_Organización del conocimiento	0,920	0,041	22,546	0,000	1,224	0,820
P17_Desarrollo académico	0,987	0,047	20,956	0,000	1,313	0,785
P27_Facilita su aprendizaje	0,869	0,043	20,152	0,000	1,156	0,766
P38_Ayuda a decidir cuidados	0,874	0,042	20,945	0,000	1,164	0,785
P14_Responsabilidades exclusivas	0,967	0,054	18,050	0,000	1,287	0,712
P34_Aplica en la práctica asistencial	0,789	0,049	16,029	0,000	1,050	0,655
P33_Intuitiva	0,851	0,043	19,883	0,000	1,132	0,759
P35_Los profesionales la aceptan	0,735	0,046	16,040	0,000	0,978	0,655
P16_Conceptos exclusivos	0,804	0,041	19,476	0,000	1,070	0,749
P15_Teorías de Enfermería	0,721	0,044	16,475	0,000	0,959	0,668
P25_Coherencia interna	0,639	0,032	20,091	0,000	0,850	0,764
P23_Etiquetas claras y descriptivas	0,784	0,041	19,176	0,000	1,043	0,741
P21_CD relevantes	0,712	0,036	19,775	0,000	0,947	0,757

P26_Estructura jerárquica	0,638	0,034	18,861	0,000	0,850	0,734
P22_FR y Fr relevantes	0,674	0,037	18,351	0,000	0,897	0,720
P20_Contextualiza el cuidado	0,455	0,050	9,042	0,000	0,605	0,434
<b>Construceto 2_Aptitudes para el razonamiento</b>						
P39_Riesgo de infección	1,000				1,024	0,650
P39_Dolor crónico	1,282	0,087	14,748	0,000	1,312	0,786
P39_Conocimientos deficientes	0,546	0,064	8,500	0,000	0,559	0,421
P39_Riesgo lesión perioperatoria	0,759	0,073	10,388	0,000	0,777	0,523
P39_Náuseas	1,231	0,086	14,313	0,000	1,260	0,758
P39_Deterioro intercambio gases	1,208	0,085	14,168	0,000	1,236	0,748
P39_Intolerancia actividad	0,954	0,073	13,139	0,000	0,977	0,683
P39_Insomnio	1,237	0,081	15,241	0,000	1,266	0,819
P39_Confusión aguda	1,314	0,086	15,244	0,000	1,345	0,819
P39_Riesgo sangrado	1,189	0,061	19,647	0,000	1,217	0,729
P39_Ansiedad	1,197	0,080	14,886	0,000	1,225	0,795
P39_Diarrea	1,302	0,088	14,848	0,000	1,332	0,793
P39_Gasto cardíaco	1,305	0,089	14,743	0,000	1,336	0,785
<b>Construceto 3_Actitudes antes los DE</b>						
P40_Significado	1,000				1,134	0,871
P40_Realismo	1,033	0,038	27,512	0,000	1,172	0,897
P40_Obstaculización	1,036	0,039	26,810	0,000	1,176	0,886
P40_Validez	0,931	0,040	23,068	0,000	1,056	0,820
P40_Relevancia	1,007	0,042	24,146	0,000	1,142	0,840
P40_Gratificación	1,025	0,039	26,456	0,000	1,163	0,880
P40_Creatividad	0,991	0,044	22,715	0,000	1,124	0,812
<b>Construceto 4_Conceptos centrales</b>						
P13_Concepto persona	1,000				1,173	0,897
P13_Concepto salud	1,023	0,032	31,787	0,000	1,201	0,931
P13_Concepto entorno	0,948	0,037	25,430	0,000	1,113	0,842
P13_Concepto cuidados	0,961	0,034	27,993	0,000	1,128	0,880
<b>Construceto 5_Contenidos</b>						
P24_Claras-descriptivas CD	1,000				1,199	0,911
P24_Claros-descriptivos FR	1,047	0,027	39,473	0,000	1,256	0,965
P24_Claros-descriptivos Fr	1,056	0,027	39,747	0,000	1,266	0,967
P29_Código inequívoco	0,558	0,051	10,871	0,000	0,669	0,468
<b>Construceto 6_Atributos fisiopatológicos</b>						
P12_FR enfermedades	1,000				1,222	0,810
P11_DE enfermedades	1,121	0,126	8,921	0,000	1,370	0,831
P28_Conceptos duplicados	0,278	0,054	5,178	0,000	0,340	0,273
<b>Construceto 7_Evidencia científica</b>						
P18_DE fundamentados evidencia	1,000				1,092	0,873
P19_Diseños aportan evidencia	1,077	0,047	22,903	0,000	1,176	0,921
P20_Contextualiza el cuidado	0,502	0,062	8,085	0,000	0,547	0,393
<b>Construceto 8_Precisión</b>						
P36_Abstracción	1,000				0,083	0,063
P39_Incontinencia urinaria refleja	18,500	14,418	1,283	0,199	1,529	0,873
P39_Disfunción sexual	16,978	13,232	1,283	0,199	1,403	0,868
<b>Construceto 9_Comparativa entre terminologías</b>						
P31_Conceptos mapeados	1,000				0,868	0,680
P30_Sinónimos	0,943	0,132	7,117	0,000	0,819	0,664



Del mismo modo, se ha calculado nuevamente la totalidad de covarianzas, tal como se muestra en la Tabla 71.

**Tabla 71. Covarianzas de los constructos en el Modelo 3**

	Estimate	Std.Err	Z-valor	P (> z )	Std.lv	Std.all
P21_CD relevantes~P22_FR y Fr relevantes	0,423	0,041	10,264	0,000	0,423	0,599
P40_Validez~P40_Relevancia	0,308	0,034	9,111	0,000	0,308	0,567
P34_Aplica práctica~P35_Profesionales aceptan	0,715	0,075	9,513	0,000	0,715	0,523
P39_Riesgo infección~P39_Riesgo Sangrado	0,700	0,076	9,173	0,000	0,700	0,512
P25_Coherencia interna~P26_Estruct jerárquica	0,271	0,032	8,587	0,000	0,271	0,480
P17_Desarrollo académic~P14_Respons exclusiva	0,630	0,074	8,562	0,000	0,630	0,479
P39_Nauseas~P39_Diarrea	0,452	0,062	7,239	0,000	0,452	0,406
P37_Organiz conocim~P38_Ayuda decidir cuidad	0,310	0,044	7,033	0,000	0,310	0,396
<b>Constructo 1_Compentencia clínica</b>						
c2_Aptitudes para el razonamiento	0,428	0,075	5,711	0,000	0,314	0,314
c3_Actitudes ante los DE	0,858	0,090	9,541	0,000	0,568	0,568
c4_Conceptos centrales	1,018	0,097	10,507	0,000	0,652	0,652
c5_Contenidos	1,199	0,104	11,568	0,000	0,751	0,751
c6_Atributos fisiopatológicos	0,100	0,087	1,153	0,249	0,062	0,062
c7_Evidencia científica	0,977	0,094	10,359	0,000	0,672	0,672
c8_Precisión	0,025	0,021	1,232	0,218	0,231	0,231
c9_Comparativa entre terminologías	0,477	0,081	5,873	0,000	0,413	0,413
<b>Constructo 2_Aptitudes para el razonamiento</b>						
c3_Actitudes ante los DE	0,397	0,065	6,125	0,000	0,342	0,342
c4_Conceptos centrales	0,271	0,063	4,315	0,000	0,226	0,226
c5_Contenidos	0,373	0,066	5,647	0,000	0,304	0,304
c6_Atributos fisiopatológicos	-0,003	0,067	-0,041	0,967	-0,002	-0,002
c7_Evidencia científica	0,325	0,062	5,251	0,000	0,291	0,291
c8_Precisión	0,078	0,061	1,276	0,202	0,918	0,918
c9_Comparativa entre terminologías	0,060	0,055	1,109	0,268	0,068	0,068
<b>Constructo 3_Actitudes ante los DE</b>						
c4_Conceptos centrales	0,429	0,070	6,136	0,000	0,323	0,323
c5_Contenidos	0,581	0,074	7,884	0,000	0,428	0,428
c6_Atributos fisiopatológicos	0,003	0,074	0,034	0,973	0,002	0,002
c7_Evidencia científica	0,379	0,066	5,702	0,000	0,306	0,306
c8_Precisión	0,028	0,022	1,251	0,211	0,299	0,299
c9_Comparativa entre terminologías	0,156	0,061	2,544	0,011	0,158	0,158
<b>Constructo 4_Conceptos centrales</b>						
c5_Contenidos	0,793	0,081	9,768	0,000	0,564	0,564
c6_Atributos fisiopatológicos	0,244	0,079	3,084	0,002	0,170	0,170
c7_Evidencia científica	0,633	0,075	8,789	0,000	0,518	0,518
c8_Precisión	0,013	0,011	1,153	0,249	0,136	0,136
c9_Comparativa entre terminologías	0,318	0,068	4,682	0,000	0,306	0,306
<b>Constructo 5_Contenidos</b>						
c6_Atributos fisiopatológicos	-0,009	0,077	-0,116	0,907	-0,006	-0,006
c7_Evidencia científica	0,672	0,076	8,844	0,000	0,513	0,513
c8_Precisión	0,019	0,016	1,215	0,224	0,194	0,194
c9_Comparativa entre terminologías	0,315	0,068	4,651	0,000	0,304	0,304
<b>Constructo 6_Atributos fisiopatológicos</b>						

c7_Evidencia científica	0,036	0,073	0,488	0,625	0,027	0,027
c8_Precisión	-0,003	0,006	-0,477	0,633	-0,029	-0,029
c9_Comparativa entre terminologías	0,352	0,078	4,490	0,000	0,332	0,332
<b>Constructo 7_Evidencia científica</b>						
c8_Precisión	0,020	0,016	1,224	0,221	0,220	0,220
c9_Comparativa entre terminologías	0,326	0,065	4,994	0,000	0,344	0,344
<b>Constructo 8_Precisión</b>						
c9_Comparativa entre terminologías	0,007	0,007	0,971	0,332	0,095	0,095

A continuación, han sido halladas sus varianzas o errores mostrados, tal como se muestra en la Tabla 72.

**Tabla 72. Varianzas o errores de los ítems y constructos en el Modelo 3**

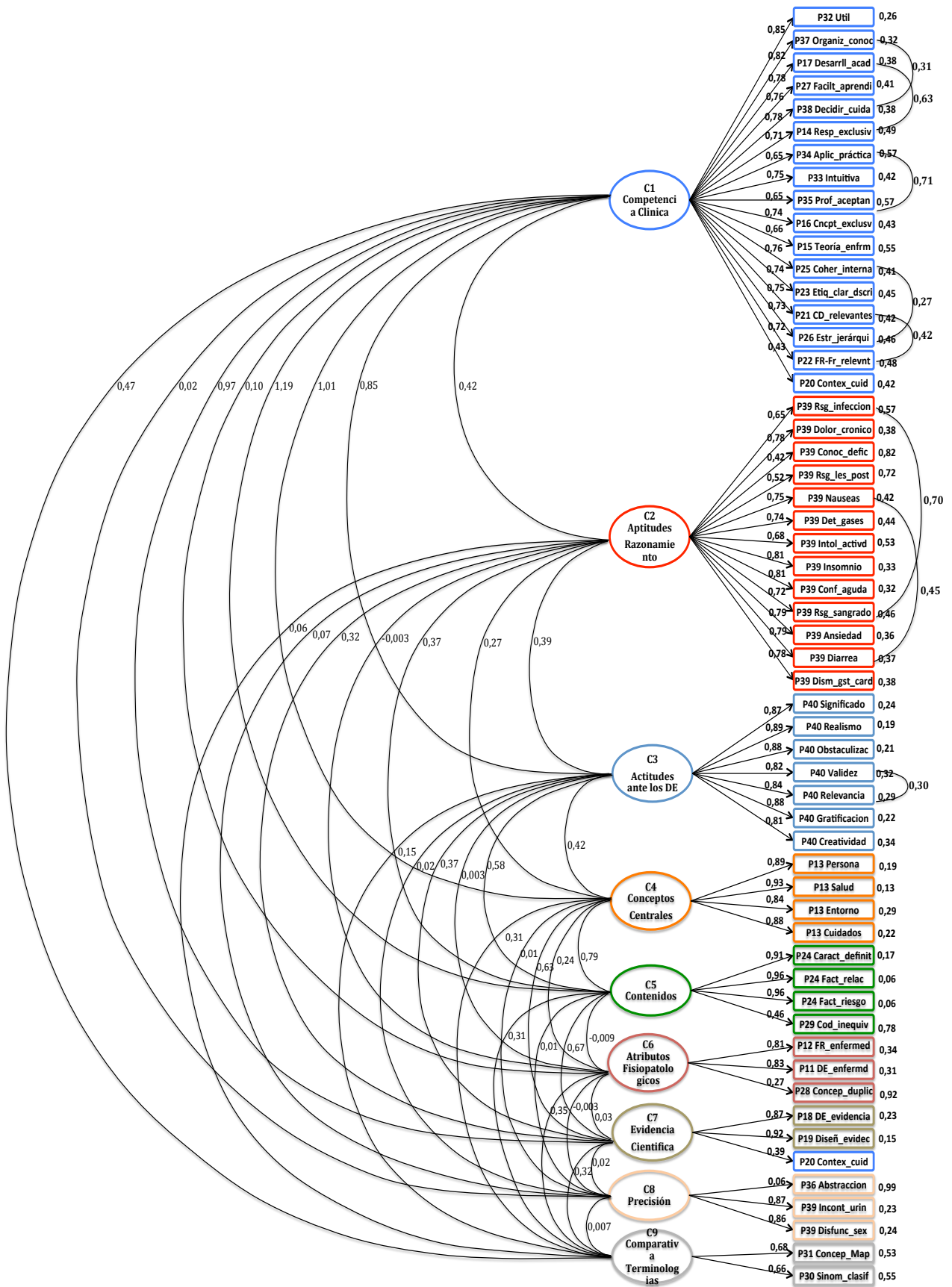
	Estimate	Std.Err	Z-valor	P (> z )	Std.lv	Std.all
P32_Útil	0,646	0,049	13,171	0,000	0,646	0,267
P37_Organización del conocimiento	0,729	0,054	13,632	0,000	0,729	0,327
P17_Desarrollo académico	1,076	0,077	13,991	0,000	1,076	0,384
P27_Facilita su aprendizaje	0,943	0,067	14,139	0,000	0,943	0,414
P38_Ayuda a decidir cuidados	0,844	0,061	13,941	0,000	0,844	0,384
P14_Responsabilidades exclusivas	1,607	0,112	14,390	0,000	1,607	0,492
P34_Aplica en la práctica asistencial	1,469	0,101	14,617	0,000	1,469	0,571
P33_Intuitiva	0,943	0,067	14,180	0,000	0,943	0,424
P35_Los profesionales la aceptan	1,272	0,087	14,616	0,000	1,272	0,571
P16_Conceptos exclusivos	0,896	0,063	14,239	0,000	0,896	0,439
P15_Teorías de Enfermería	1,143	0,078	14,583	0,000	1,143	0,554
P25_Coherencia interna	0,514	0,036	14,130	0,000	0,514	0,416
P23_Etiquetas claras y descriptivas	0,890	0,062	14,281	0,000	0,890	0,450
P21_CD relevantes	0,670	0,047	14,187	0,000	0,670	0,428
P26_Estructura jerárquica	0,619	0,043	14,297	0,000	0,619	0,462
P22_FR y Fr relevantes	0,746	0,052	14,368	0,000	0,746	0,481
P20_Contextualiza el cuidado	0,830	0,058	14,249	0,000	0,830	0,428
P39_Riesgo de infección	1,435	0,099	14,542	0,000	1,435	0,578
P39_Dolor crónico	1,067	0,077	13,824	0,000	1,067	0,383
P39_Conocimientos deficientes	1,453	0,097	14,988	0,000	1,453	0,823
P39_Riesgo lesión perioperatoria	1,605	0,108	14,854	0,000	1,605	0,727
P39_Náuseas	1,177	0,084	13,991	0,000	1,177	0,426
P39_Deterioro intercambio gases	1,204	0,085	14,111	0,000	1,204	0,441
P39_Intolerancia actividad	1,089	0,075	14,439	0,000	1,089	0,533
P39_Insomnio	0,789	0,059	13,471	0,000	0,789	0,330
P39_Confusión aguda	0,889	0,066	13,469	0,000	0,889	0,329
P39_Riesgo sangrado	1,303	0,092	14,215	0,000	1,303	0,468
P39_Ansiedad	0,875	0,064	13,737	0,000	0,875	0,368
P39_Diarrea	1,050	0,077	13,270	0,000	1,050	0,372
P39_Gasto cardíaco	1,108	0,080	13,826	0,000	1,108	0,383
P40_Significado	0,411	0,032	12,705	0,000	0,411	0,242
P40_Realismo	0,334	0,028	11,928	0,000	0,334	0,196
P40_Obstaculización	0,380	0,031	12,301	0,000	0,380	0,215
P40_Validez	0,544	0,040	13,496	0,000	0,544	0,328



P40_Relevancia	0,544	0,041	13,243	0,000	0,544	0,294
P40_Gratificación	0,394	0,032	12,466	0,000	0,394	0,226
P40_Creatividad	0,652	0,048	13,652	0,000	0,652	0,340
P13_Concepto persona	0,334	0,029	11,329	0,000	0,334	0,195
P13_Concepto salud	0,223	0,024	9,213	0,000	0,223	0,134
P13_Concepto entorno	0,507	0,039	12,952	0,000	0,507	0,290
P13_Concepto cuidados	0,369	0,031	11,992	0,000	0,369	0,225
P24_Claras-descriptivas CD	0,295	0,023	12,909	0,000	0,295	0,170
P24_Claros-descriptivos FR	0,116	0,014	8,114	0,000	0,116	0,069
P24_Claros-descriptivos Fr	0,110	0,014	7,745	0,000	0,110	0,065
P29_Código inequívoco	1,598	0,106	15,043	0,000	1,598	0,781
P12_FR enfermedades	0,785	0,165	4,757	0,000	0,785	0,345
P11_DE enfermedades	0,843	0,205	4,119	0,000	0,843	0,310
P28_Conceptos duplicados	1,435	0,096	14,881	0,000	1,435	0,926
P18_DE fundamentados evidencia	0,371	0,044	8,372	0,000	0,371	0,238
P19_Diseños aportan evidencia	0,246	0,046	5,371	0,000	0,246	0,151
P36_Abstracción	1,736	0,115	15,160	0,000	1,736	0,996
P39_Incontinencia urinaria refleja	0,731	0,074	9,936	0,000	0,731	0,238
P39_Disfunción sexual	0,643	0,063	10,177	0,000	0,643	0,246
P31_Conceptos mapeados	0,875	0,116	7,569	0,000	0,875	0,537
P30_Sinónimos	0,849	0,105	8,070	0,000	0,849	0,559
c1_Competencia clínica	1,771	0,155	11,392	0,000	1,000	1,000
c2_Aptitudes para el razonamiento	1,048	0,136	7,675	0,000	1,000	1,000
c3_Actitudes ante los DE	1,287	0,110	11,695	0,000	1,000	1,000
c4_Conceptos centrales	1,377	0,112	12,255	0,000	1,000	1,000
c5_Contenidos	1,437	0,113	12,701	0,000	1,000	1,000
c6_Atributos fisiopatológicos	1,493	0,211	7,082	0,000	1,000	1,000
c7_Evidencia científica	1,192	0,107	11,166	0,000	1,000	1,000
c8_Precisión	0,007	0,011	0,641	0,521	1,000	1,000
c9_Comparativa entre terminologías	0,754	0,135	5,581	0,000	1,000	1,000

De este modo, la representación gráfica del Modelo 3 ha mostrado las nuevas cargas factoriales alcanzadas, tal como se observa en la Figura 24.

Figura 24. Representación gráfica del Modelo 3



Por último, con la finalidad de comprobar que las variables alteradas estaban realmente relacionadas, se ha examinado su validez convergente mediante la prueba de correlación de Pearson ( $r$ ). Todas las variables han mostrado adecuada convergencia, con valores situados entre  $r=0,73$  (P34\_Se aplica en la práctica~P35\_Profesionales la aceptan) y  $r=0,86$  (P40\_Validez~P40\_Relevancia), tal como se muestra en la Tabla 73.

**Tabla 73. Convergencia de las variables alteradas**

	n	r-Pearson	p-valor	IC (95%)
P21_CD relevantes~P22_FR y Fr relevantes	460	0,82	<0,001	0,78 – 0,84
P40_Validez~P40_Relevancia	460	0,86	<0,001	0,84 – 0,89
P34_Aplica práctica~P35_Profesionales aceptan	460	0,73	<0,001	0,68 – 0,77
P39_Riesgo infección~P39_Riesgo Sangrado	460	0,74	<0,001	0,70 – 0,78
P25_Coherencia interna~P26_Estruct jerárquica	460	0,77	<0,001	0,73 – 0,81
P17_Desarrollo académico~P14_Respons exclusiva	460	0,77	<0,001	0,73 – 0,80
P39_Nauseas~P39_Diarrea	460	0,76	<0,001	0,72 – 0,80
P37_Organiz conocim~P38_Ayuda decidir cuidado	460	0,78	<0,001	0,75 – 0,82

Una vez definidos los modelos factoriales alternativos, se ha procedido a calcular su coeficiente de determinación ( $R^2$ ).

$R^2$  advierte acerca de la proporción de información que cada modelo es capaz de explicar, indicando cual de ellos se constituye más adecuado. Cuanto más se aproxime el valor de  $R^2$  a 1 mejor será su ajuste. Valores superiores a 0,250 son considerados adecuados (Aldás & Uriel, 2017). En relación a los modelos estudiados, los  $R^2$  mantuvieron resultados similares o soportaron cambios mínimos tras modificar las variables explicativas, tal como muestra la Tabla 74.

**Tabla 74. Coeficientes de determinación de los modelos alternativos**

	Estimate Modelo 2	Estimate Modelo 3
P32_Útil	0,723	0,733
P37_Organización del conocimiento	0,668	0,673
P17_Desarrollo académico	0,617	0,616
P27_Facilita su aprendizaje	0,579	0,586
P38_Ayuda a decidir cuidados	0,613	0,616
P14_Responsabilidades exclusivas	0,508	0,508
P34_Aplica en la práctica asistencial	0,421	0,429

P33_Intuitiva	0,573	0,576
P35_Los profesionales la aceptan	0,425	0,429
P16_Conceptos exclusivos	0,566	0,561
P15_Teorías de Enfermería	0,452	0,446
P25_Coherencia interna	0,586	0,584
P23_Etiquetas claras y descriptivas	0,552	0,550
P21_CD relevantes	0,574	0,572
P26_Estructura jerárquica	0,539	0,538
P22_FR y Fr relevantes	0,523	0,519
P20_Contextualiza el cuidado	0,507	0,572
P39_Riesgo de infección	0,422	0,422
P39_Dolor crónico	0,617	0,617
<b>P39_Conocimientos deficientes</b>	<b>0,177</b>	<b>0,177</b>
P39_Riesgo lesión perioperatoria	0,273	0,273
P39_Náuseas	0,574	0,574
P39_Deterioro intercambio gases	0,559	0,559
P39_Intolerancia actividad	0,467	0,467
P39_Insomnio	0,670	0,670
P39_Confusión aguda	0,671	0,671
P39_Riesgo sangrado	0,532	0,532
P39_Ansiedad	0,632	0,632
P39_Diarrea	0,628	0,628
P39_Gasto cardíaco	0,617	0,617
P40_Significado	0,758	0,758
P40_Realismo	0,804	0,804
P40_Obstaculización	0,785	0,785
P40_Validez	0,672	0,672
P40_Relevancia	0,706	0,706
P40_Gratificación	0,774	0,774
P40_Creatividad	0,660	0,660
P13_Concepto persona	0,805	0,805
P13_Concepto salud	0,866	0,866
P13_Concepto entorno	0,709	0,710
P13_Concepto cuidados	0,775	0,775
P24_Claras-descriptivas CD	0,830	0,830
P24_Claros-descriptivos FR	0,931	0,931
P24_Claros-descriptivos Fr	0,935	0,935
<b>P29_Código inequívoco</b>	<b>0,219</b>	<b>0,219</b>
P12_FR enfermedades	0,656	0,655
P11_DE enfermedades	0,690	0,690
<b>P28_Conceptos duplicados</b>	<b>0,074</b>	<b>0,074</b>
P18_DE fundamentados evidencia	0,751	0,762
P19_Diseños aportan evidencia	0,863	0,849
<b>P36_Abstracción</b>	<b>0,004</b>	<b>0,004</b>
P39_Incontinencia urinaria refleja	0,762	0,762
P39_Disfunción sexual	0,754	0,754
P31_Conceptos mapeados	0,458	0,463
P30_Sinónimos	0,446	0,441

## 16.7. Características sociodemográficas

La muestra obtenida fue N=460 profesionales; n=345 (75%) mujeres y n=115 (25%) hombres. La edad media se situó en 43,52 años (sd=10,09; Min=21; P25=37; Me=43; P75=51; Max=69); mientras que la experiencia profesional correspondió a 20,19 años (sd=10,5; Min=0; P25=13; Me=20; P75=51; Max=43). En relación a la distribución geográfica, destacaron Islas Canarias n=162 (35,2%) y Cataluña n=98 (21,3%); el resto de frecuencias se muestran en la Tabla 75.

**Tabla 75. Distribución geográfica de la muestra**

Comunidad autónoma	Frecuencia	Porcentaje	Provincia	Frecuencia	Porcentaje
Islas Canarias	162	35,2	Las Palmas	117	25,4
			Santa Cruz de Tenerife	45	9,8
Cataluña	98	21,3	Barcelona	75	16,3
			Tarragona	14	3
			Lleida	6	1,3
			Girona	3	0,7
Madrid				45	9,8
Andalucía	29	6,3	Sevilla	11	2,4
			Almería	4	0,9
			Granada	4	0,9
			Huelva	3	0,7
			Málaga	3	0,7
			Cádiz	2	0,4
			Córdoba	2	0,4
Comunidad Valenciana	23	5,0	Valencia	14	3
			Castellón	7	1,5
			Alicante	2	0,4
País Vasco	22	4,8	Vizcaya	15	3,3
			Álava	6	1,3
			Guipúzcoa	1	0,2
Galicia	17	3,7	A Coruña	9	2
			Lugo	5	1,1
			Pontevedra	2	0,4
			Ourense	1	0,2
Asturias				16	3,5
Castilla-León	12	2,6	León	4	0,9
			Valladolid	2	0,4
			Zamora	2	0,4
			Ávila	1	0,2
			Burgos	1	0,2
			Salamanca	1	0,2
			Segovia	1	0,2

Murcia				8	1,7
Extremadura	6	1,3	Badajoz	4	0,9
			Cáceres	2	0,4
Islas Baleares				6	1,3
Aragón	5	1,1	Zaragoza	3	0,7
			Huesca	2	0,4
Castilla la Mancha	5	1,1	Albacete	2	0,4
			Cuenca	2	0,4
			Toledo	1	0,2
Navarra				4	0,9
Cantabria				2	0,4
<b>Total</b>				<b>460</b>	<b>100</b>

El nivel académico fue Diplomado en Enfermería n=195 (42,39%), Graduado en Enfermería n=84 (18,26%), Máster-oficial n=127 (27,61%) y Doctorado n=54 (11,74%). En este orden, n=79 entrevistados señalaron estar en posesión de otra titulación académica; Antropología Social y Cultural (n=14), Psicología (n=6), Fisioterapia (n=5), Nutrición y Dietética (n=3), Podología (n=3), Psicopedagogía (n=3), Sociología (n=3), Historia (n=3), Documentación (n=2), Logopedia (n=2), Magisterio (n=2) y Relaciones Laborales (n=2). Otras titulaciones académicas correspondieron a Comunicación Audiovisual, Empresariales, Derecho, Educación Infantil, Educación Social, Filología Española, Filosofía, Ingeniería Informática, Magisterio, Periodismo, Relaciones Laborales, Salud Ambiental y Trabajo Social. Del mismo modo, n=20 individuos señalaron estar en posesión de alguna otra titulación Postgrado.

Los individuos sin especialidad en Enfermería fueron n=283 (61,52%). Entre los especialistas, correspondieron a Familiar y Comunitaria n=59 (12,83%), Pediatría n=45 (9,78%), Salud Mental n=29 (6,3%), Geriátrica n=18 (3,91%), Matrona n=9 (1,96%) y Trabajo n=9 (1,96%). Refirieron estar en posesión de 2 especialidades n=8 (1,75%) enfermeras, tal como se muestra en la Tabla 76.

**Tabla 76. Especialidad en Enfermería**

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	283	61,52
Familiar y Comunitaria	59	12,83
Pediatría	45	9,78
Salud Mental	29	6,3
Geriatría	18	3,91
Matrona	9	1,96
Trabajo	9	1,96
Familiar y Comunitaria, Geriatría	2	0,43
Familiar y Comunitaria, Trabajo	1	0,22
Matrona, Familiar y Comunitaria	1	0,22
Matrona, Pediatría	1	0,22
Pediatría, Familiar y Comunitaria	1	0,22
Pediatría, Trabajo	1	0,22
Salud Mental, Familiar y Comunitaria	1	0,22
<b>Total</b>	<b>460</b>	<b>100</b>

En este orden, n=33 enfermeras apuntaron ámbitos de especialización alternativos, puntualizando Médico-quirúrgica (n=7), Gestión (n=4), Anestesia (n=2), Cuidados paliativos (n=2), Estomatoterapia (n=2) y Cuidados críticos (n=2).

En relación al ámbito laboral, se distinguieron dos grupos. Los que trabajaron en un solo ámbito apuntaron Servicios de atención hospitalaria n=139 (30,2%), Equipo de atención primaria n=121 (26,3%), Gestión n=48 (10,4%), Académico n=13 (2,8%), Centro socio-sanitario n=9 (2%), Urgencias hospitalarias n=9 (2%), Investigación n=8 (1,7%) y Urgencias extra-hospitalarias n=4 (0,9%). El resto de individuos indicó combinaciones, tal como se señala en la Tabla 77.

**Tabla 77. Ámbito laboral**

Ámbito laboral	Frecuencia	Porcentaje
Servicios de atención hospitalaria	139	30,2
Equipo de atención primaria	121	26,3
Gestión	48	10,4
Académico	13	2,8
Servicios de atención hospitalaria, Académico	10	2,2
Centro socio-sanitario	9	2
Urgencias hospitalarias	9	2
Académico, Investigación	8	1,7

Académico, Investigación, Gestión	8	1,7
Investigación	8	1,7
Servicios de atención hospitalaria, Gestión	8	1,7
Equipo de atención primaria, Gestión	7	1,5
Equipo de atención primaria, Investigación	7	1,5
Servicios de atención hospitalaria, Académico, Investigación	6	1,3
Equipo de atención primaria, Urgencias extra-hospitalarias	5	1,1
Equipo de atención primaria, Académico	4	0,9
Urgencias extra-hospitalarias	4	0,9
Centro socio-sanitario, Investigación	3	0,7
Equipo de atención primaria, Académico, Gestión	3	0,7
Equipo de atención primaria, Académico, Investigación	3	0,7
Investigación, Gestión	3	0,7
Servicios de atención hospitalaria, Investigación	3	0,7
Equipo de atención primaria, Académico, Investigación, Gestión	2	0,4
Equipo de atención primaria, Servicios de atención hospitalaria	2	0,4
Equipo de atención primaria, Urgencias extra-hospitalarias, Académico	2	0,4
Servicios de atención hospitalaria, Académico, Investigación, Gestión	2	0,4
Servicios de atención hospitalaria, Investigación, Gestión	2	0,4
Servicios de atención hospitalaria, Urgencias hospitalarias	2	0,4
Urgencias extra-hospitalarias, Urgencias hospitalarias	2	0,4
Académico, Gestión	1	0,2
Centro socio-sanitario, Gestión	1	0,2
Equipo de atención primaria, Centro socio-sanitario	1	0,2
Equipo de atención primaria, Servicios de atención hospitalaria, Académico	1	0,2
Equipo de atención primaria, Servicios de atención hospitalaria, Académico, Gestión	1	0,2
Equipo de atención primaria, Servicios de atención hospitalaria, Centro socio-sanitario, Urgencias extra-hospitalarias	1	0,2
Equipo de atención primaria, Servicios de atención hospitalaria, Urgencias hospitalarias, Académico	1	0,2
Equipo de atención primaria, Urgencias extra-hospitalarias, Urgencias hospitalarias	1	0,2
Equipo de atención primaria, Urgencias hospitalarias	1	0,2
Servicios de atención hospitalaria, Centro socio-sanitario	1	0,2
Servicios de atención hospitalaria, Centro socio-sanitario, Investigación	1	0,2
Servicios de atención hospitalaria, Urgencias hospitalarias, Académico, Gestión	1	0,2
Servicios de atención hospitalaria, Urgencias hospitalarias, Gestión	1	0,2
Urgencias extra-hospitalarias, Académico, Gestión	1	0,2
Urgencias extra-hospitalarias, Académico, Investigación, Gestión	1	0,2
Urgencias hospitalarias, Gestión	1	0,2
Urgencias hospitalarias, Investigación	1	0,2
<b>Total</b>	<b>460</b>	<b>100</b>



Por otro lado, se preguntó por la función laboral desempeñada. Las respuestas estuvieron caracterizadas por una alta combinación de funciones entremezcladas.

Entre los que señalaron ejercer una única función laboral, destacaron Asistencial n=227 (49,3%), Supervisión n=36 (7,8%), Docente n=20 (4,3%) y Dirección n=18 (3,9%).

Los que describieron varias funciones laborales, combinaron principalmente Asistencial y Docente n=57 (12,4%), Asistencial, Docente e Investigación n=21 (4,6%) y Docente e Investigación n=18 (3,9%); el resto de frecuencias se muestran en la Tabla 78.

**Tabla 78. Función laboral**

Función laboral	Frecuencia	Porcentaje
Asistencial	227	49,3
Asistencial, Docente	57	12,4
Supervisión	36	7,8
Asistencial, Docente, Investigación	21	4,6
Docente	20	4,3
Dirección	18	3,9
Docente, Investigación	18	3,9
Asistencial, Investigación	14	3
Asistencial, Supervisión	9	2
Investigación	9	2
Asistencial, Docente, Supervisión	4	0,9
Docente, Investigación, Supervisión	4	0,9
Asistencial, Dirección	3	0,7
Asistencial, Docente, Dirección	3	0,7
Asistencial, Docente, Investigación, Supervisión	2	0,4
Asistencial, Investigación, Supervisión	2	0,4
Asistencial, Supervisión, Dirección	2	0,4
Docente, Dirección	2	0,4
Docente, Investigación, Dirección	2	0,4
Docente, Supervisión	2	0,4
Asistencial, Docente, Investigación, Supervisión, Dirección	1	0,2
Docente, Supervisión, Dirección	1	0,2
Investigación, Dirección	1	0,2
Investigación, Supervisión	1	0,2
Supervisión, Dirección	1	0,2
<b>Total</b>	<b>460</b>	<b>100</b>

Al preguntar por el grado de intensidad de uso de las distintas terminologías o sistemas de clasificación enfermeros, NANDA-I ( $\mu=3,58$ ;  $sd=1,84$ ) correspondió con la más utilizada, en segundo lugar ATIC ( $\mu=1,39$ ;  $sd=1,02$ ), tal como se muestra en la Tabla 79.

**Tabla 79. Frecuencia de uso de terminologías y sistemas de clasificación**

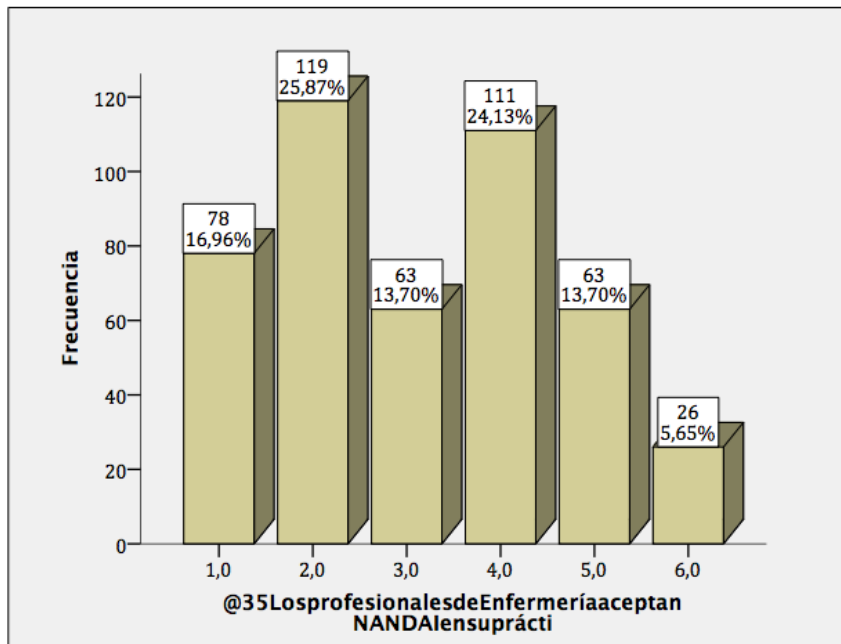
Terminología	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max
NANDA-I	460	3,58	1,84	1	2	3	5,25	6
ATIC	460	1,39	1,02	1	1	1	1	6
ICNP	460	1,18	0,66	1	1	1	1	6
CCC	460	1,11	0,48	1	1	1	1	5
OMAHA System	460	1,08	0,43	1	1	1	1	5
Otras	460	1,2	0,81	1	1	1	1	6

Los que refirieron la opción de otros sistemas clasificatorios, notificaron CIE con  $n=10$  (2,1%) y NOC-NIC con  $n=3$  (0,7%).

### 16.8. Análisis descriptivo

Como se ha argumentado en la metodología, EVALUAN-I está compuesto por escalas analógicas verbales con gradación positiva de seis niveles en el que 1 es la peor puntuación y 6 la mejor; el valor medio se sitúa en 3,5 puntos.

En primer lugar, para evaluar la percepción acerca de NANDA-I, la pregunta 35 cuestionó su aceptación en la práctica asistencial ( $\mu=3,09$ ;  $sd=1,49$ ;  $Min=1$ ;  $P25=2$ ;  $Me=3$ ;  $P75=4$ ;  $Max=6$ ). Los resultados mostraron tendencia a no aceptar NANDA-I entre los profesionales, tal como se observa en el Gráfico 8.

**Gráfico 8. Aceptación de NANDA Internacional en la práctica asistencial**

En este mismo orden, se ha concretado el posicionamiento de los profesionales ante los DE. Para alcanzar estos resultados ha sido aplicada una adaptación de la versión reducida en español del instrumento PND. Según los profesionales encuestados, la actitud mejor valorada correspondió a *Significado* ( $\mu=4,05$ ;  $sd=1,3$ ) mientras que *Creatividad* ( $\mu=3,63$ ;  $sd=1,39$ ) fue la peor puntuada. El posicionamiento general ante todas estas actitudes superó la puntuación media, tal como se muestra en la Tabla 80.

**Tabla 80. Posicionamiento ante el Diagnóstico enfermero**

Variables	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max
40. Significado	460	4,05	1,3	1	3	4	5	6
40. Realismo	460	3,81	1,31	1	3	4	5	6
40. Obstaculización	460	3,75	1,33	1	3	4	5	6
40. Validez	460	3,97	1,29	1	3	4	5	6
40. Relevancia	460	3,93	1,36	1	3	4	5	6
40. Gratificación	460	3,75	1,32	1	3	4	5	6
40. Creatividad	460	3,63	1,39	1	3	4	5	6

En segundo lugar, las preguntas que abordaron la evidencia científica y la validez de la clasificación. En este bloque se preguntó si los conceptos y contenidos de

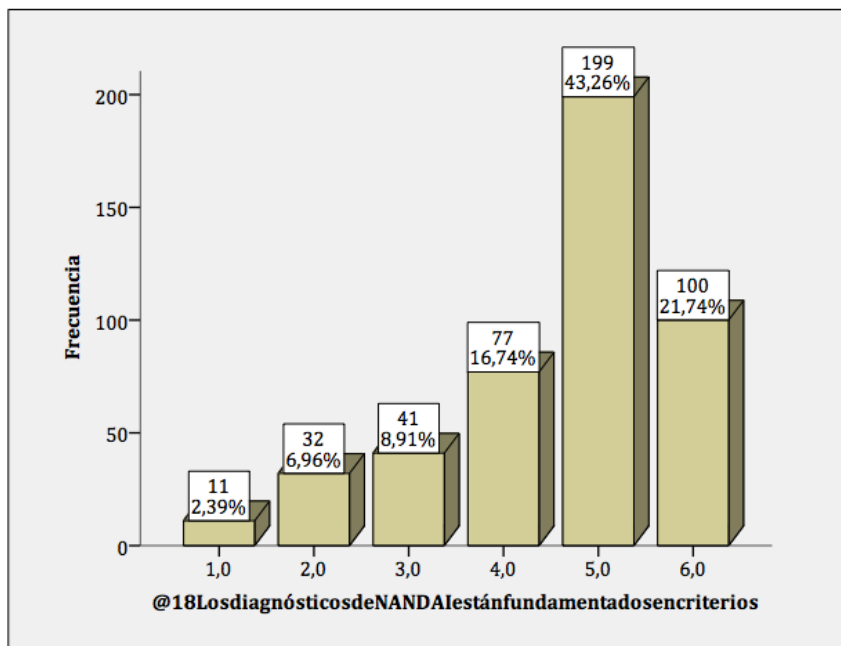
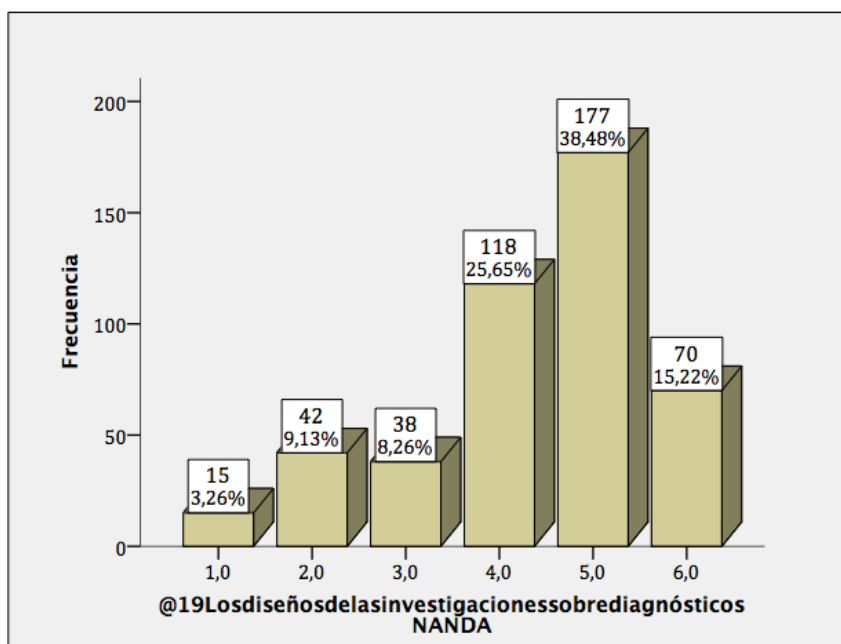
NANDA-I han sido sometidos a un proceso formal de validación, tanto en su conjunto como elemento por elemento, así como acerca de la evidencia disponible. Todos estos resultados proporcionaron respuestas para el análisis de los contenidos de NANDA-I.

La pregunta 18 cuestionó si los DE incluidos en NANDA-I estaban fundamentados en evidencia científica ( $\mu=4,57$ ;  $sd=1,25$ ;  $Min=1$ ;  $P25=4$ ;  $Me=5$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ). Del mismo modo, la pregunta 19 cuestionó si los diseños metodológicos de los estudios utilizados en las investigaciones sobre NANDA-I aportaron niveles altos de evidencia científica ( $\mu=4,33$ ;  $sd=1,28$ ;  $Min=1$ ;  $P25=4$ ;  $Me=5$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ), tal como se muestra en la Tabla 81.

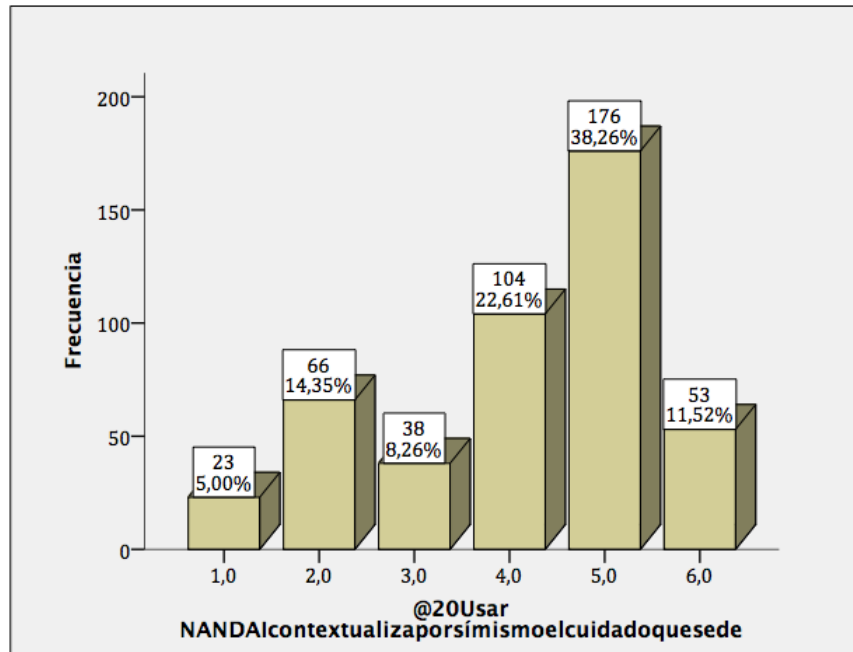
**Tabla 81. Evidencia científica de NANDA International**

Variables	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max
18. Los diagnósticos de NANDA-I están fundamentados en criterios de actuación basados en evidencia científica	460	4,57	1,25	1	4	5	5	6
19. Los diseños de las investigaciones sobre diagnósticos NANDA-I aportan niveles altos de evidencia científica	460	4,33	1,28	1	4	5	5	6

En gran medida, los profesionales entrevistados opinaron que los DE estaban fundamentados en evidencia científica. La tasa de respuesta disminuyó ligeramente al preguntar por los diseños de dichos estudios, tal como se puede observar en los Gráficos 9 y 10.

**Gráfico 9. Evidencia científica de NANDA Internacional****Gráfico 10. Evidencia científica de los diseños metodológicos**

Por otro lado, al preguntar si NANDA-I contextualizaba el cuidado, se reveló tendencia a considerar que así era ( $\mu=4,09$ ;  $sd=1,39$ ;  $Min=1$ ;  $P25=3$ ;  $Me=4$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ), tal como se puede observar en el Gráfico 11.

**Gráfico 11. Contextualización del cuidado a través de los diagnósticos**

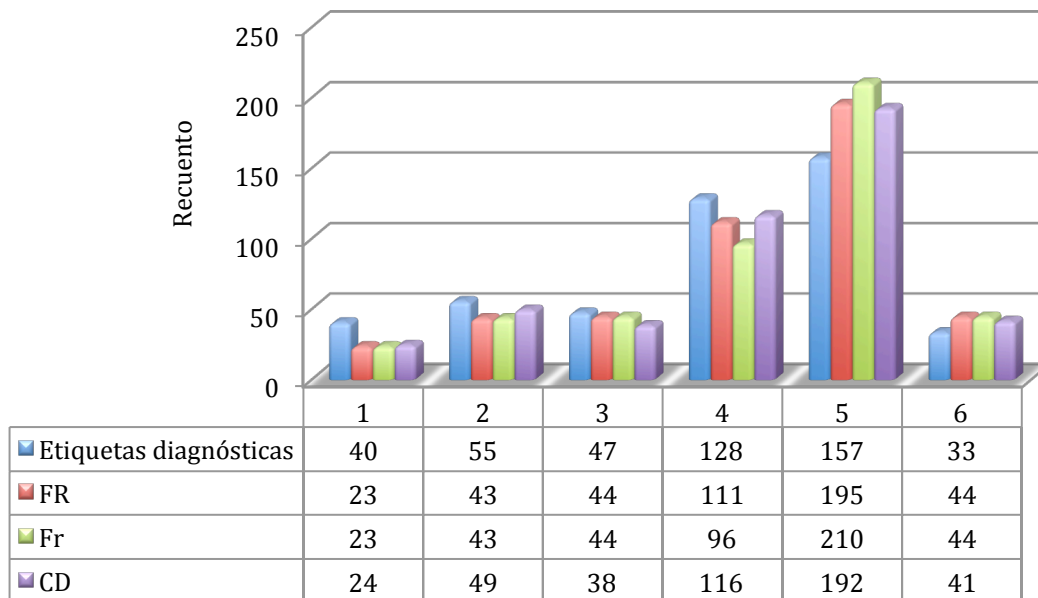
En este sentido, se ha consultado si las Etiquetas diagnósticas de la clasificación eran claras y descriptivas ( $\mu=3,88$ ;  $sd=1,41$ ); igualmente sobre las CD ( $\mu=4,14$ ;  $sd=1,32$ ), los FR ( $\mu=4,18$ ;  $sd=1,3$ ) y los Fr ( $\mu=4,22$ ;  $sd=1,31$ ). En todos los casos, las apreciaciones fueron similares, tal como se muestra en la Tabla 82.

**Tabla 82. Claridad y descriptividad de NANDA International**

Variables	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	
23. Las Etiquetas diagnósticas son claras y descriptivas	460	3,88	1,41	1	3	4	5	6	
24. Los contenidos de NANDA-I son claros y descriptivos	Características definitorias	460	4,14	1,32	1	4	5	5	6
	Factores relacionados	460	4,18	1,3	1	4	5	5	6
	Factores de riesgo	460	4,22	1,31	1	4	5	5	6

La comparación de los resultados entre indicadores diagnósticos y Etiquetas diagnósticas, ha mostrado que las Etiquetas diagnósticas fueron juzgadas menos claras y descriptivas, tal como se observa en el Gráfico 12.

**Gráfico 12. Comparativa de la claridad y descriptividad de NANDA Internacional**



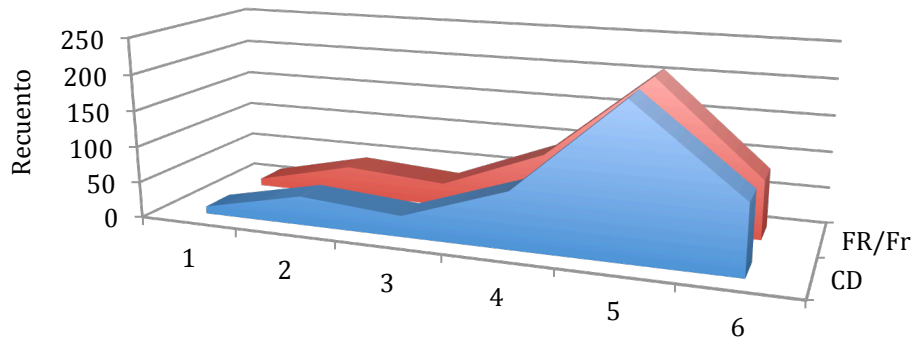
Insistiendo en los resultados mostrados por los indicadores diagnósticos, la relevancia que tienen las CD ( $\mu=4,56$ ;  $sd=1,25$ ) y los FR/Fr ( $\mu=4,48$ ;  $sd=1,25$ ) para emitir juicios clínicos mostraron puntuación equivalente, tal como se muestra en la Tabla 83.

**Tabla 83. Indicadores diagnósticos para emitir juicios clínicos**

Variables	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max
21. Las CD de los diagnósticos de NANDA-I son relevantes para emitir los juicios diagnósticos	460	4,56	1,25	1	4	5	5	6
22. Los FR/Fr de los diagnósticos de NANDA-I son relevantes para emitir los juicios diagnósticos	460	4,48	1,25	1	4	5	5	6

La relevancia de cada grupo de indicadores diagnósticos para emitir juicios clínicos mostró similitud estadística, tal como se observa en el Gráfico 13.

**Gráfico 13. Relevancia de los indicadores diagnósticos para emitir juicios clínicos**

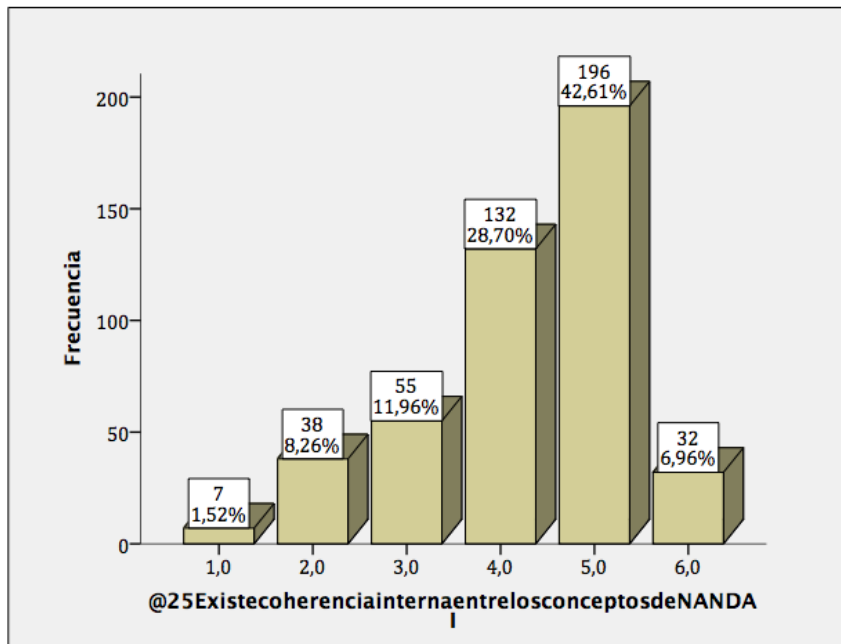


	1	2	3	4	5	6
CD	10	40	29	78	208	95
FR/Fr	10	42	32	88	207	81

El siguiente bloque de preguntas abordó la homogeneidad conceptual y estructural de NANDA-I a través de la identificación inequívoca de sus conceptos, la estructura taxonómica y la equivalencia de NANDA-I con otras terminologías.

En relación a la pregunta 25, cuestionó la coherencia interna de NANDA-I ( $\mu=4,23$ ;  $sd=1,11$ ;  $Min=1$ ;  $P25=4$ ;  $Me=4$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ). Así, la mayoría de entrevistados estuvieron poco de acuerdo  $n=132$  (28,7%) o bastante de acuerdo  $n=196$  (42,61%) con esta afirmación, tal como se observa en el Gráfico 14.



**Gráfico 14. Coherencia interna de NANDA International**

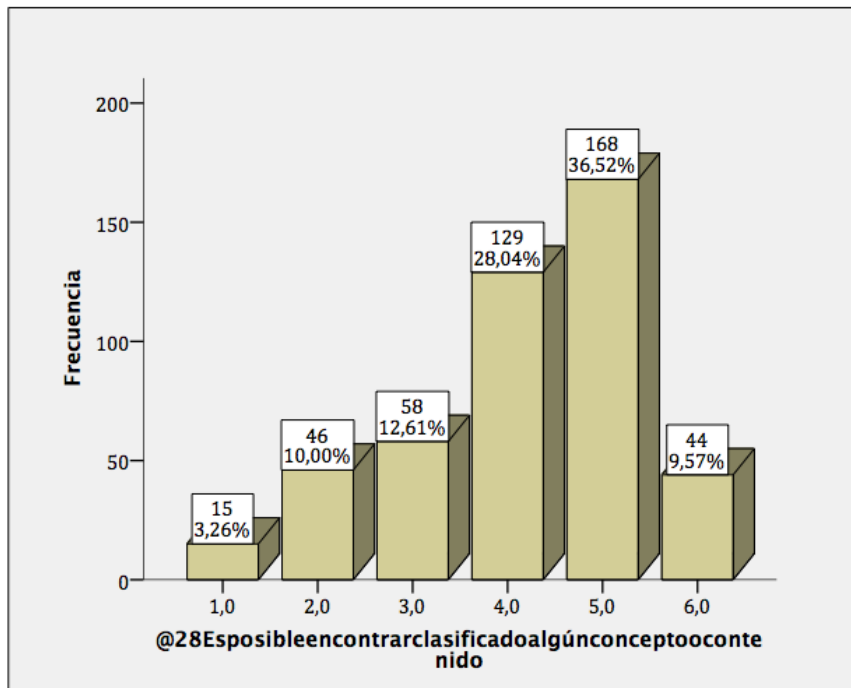
Siguiendo con los aspectos estructurales de la clasificación, la pregunta 28 estaba relacionada con la posibilidad de encontrar conceptos o contenidos duplicados en NANDA-I ( $\mu=4,13$ ;  $sd=1,25$ ); mientras que la pregunta 29 cuestionó si cada uno de estos conceptos se identificó con un código inequívoco ( $\mu=4,48$ ;  $sd=1,43$ ), tal como se muestra en la Tabla 84.

**Tabla 84. Duplicidad y codificación conceptual**

Variables	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max
28. Es posible encontrar clasificado algún concepto o contenido de forma duplicada en NANDA-I	460	4,13	1,25	1	3	4	5	6
29. Cada concepto de NANDA-I se identifica con un código inequívoco	460	4,48	1,43	1	4	5	6	6

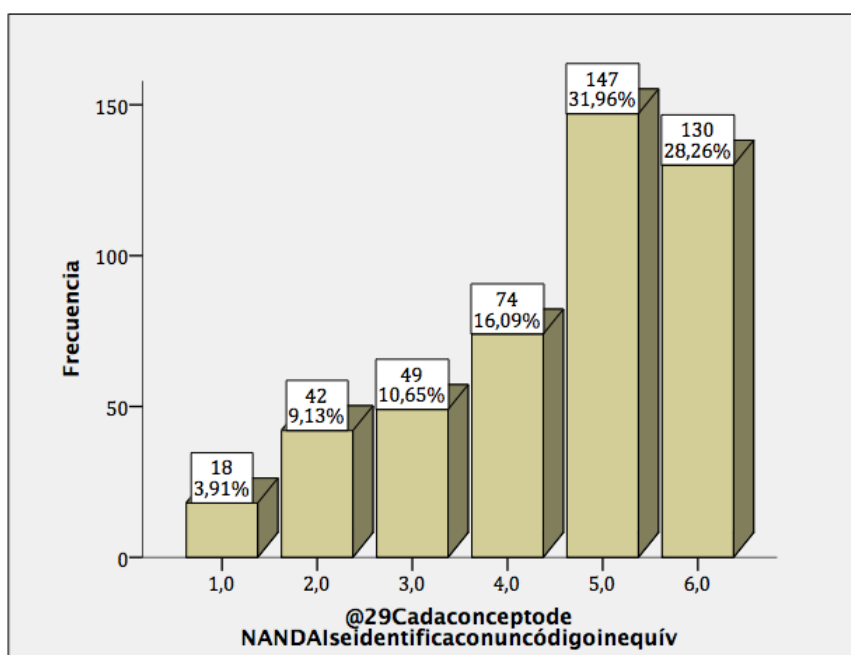
De esta manera, la mayor parte de los profesionales señalaron estar poco de acuerdo  $n=129$  (28,04%) o bastante de acuerdo  $n=168$  (36,52%) con la presencia de conceptos o contenidos duplicados, tal como se observa en el Gráfico 15.

**Figura 15. Conceptos o contenidos duplicados en NANDA Internacional**



No obstante, señalaron estar bastante de acuerdo  $n=147$  (31,96%) o totalmente de acuerdo  $n=130$  (28,26%) con el hecho de que estos conceptos estuvieran codificados de forma inequívoca, tal como se observa en el Gráfico 16.

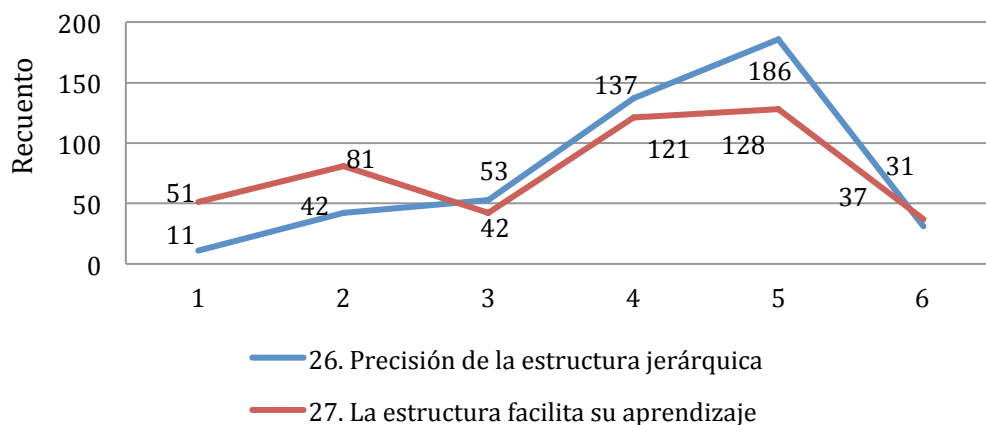
**Gráfico 16. Codificación inequívoca de NANDA Internacional**



Los resultados fueron disonantes en relación a la estructura de la clasificación. Mientras que la pregunta 26 cuestionó sobre la precisión de la configuración jerárquica y taxonómica ( $\mu=4,17$ ;  $sd=1,16$ ;  $Min=1$ ;  $P25=4$ ;  $Me=4$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ), la pregunta 27 abordó si dicha estructura facilitaba su aprendizaje ( $\mu=3,66$ ;  $sd=1,51$ ;  $Min=1$ ;  $P25=2$ ;  $Me=4$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ).

De esta manera,  $n=53$  (11,52%) profesionales estaban bastante o totalmente desacuerdo con la afirmación de que NANDA-I mostrara una estructura precisa; paradójicamente, un número muy superior de individuos ( $n=132$ ; 28,7%) estaban bastante o totalmente desacuerdo con la afirmación de que tal estructura facilitara su aprendizaje. Por el contrario,  $n=217$  (47,17%) profesionales estaban bastante o totalmente de acuerdo con la afirmación de que la estructura de NANDA-I fuera precisa; mientras que, de forma sorprendente, un número bastante inferior de profesionales ( $n=165$ ; 35,87%) lo estaban con la afirmación de que tal estructura facilitara su aprendizaje, tal como se observa en el Gráfico 17.

**Gráfico 17. Configuración estructural versus facilidad de aprendizaje de NANDA International**



Para finalizar el bloque sobre la configuración estructural de NANDA-I, ha sido abordada su equivalencia terminológica con otros sistemas de lenguajes enfermeros. De esta manera, la pregunta 30 ha consultado si los conceptos de NANDA-I se identificaban con sinónimos en otras clasificaciones diagnósticas ( $\mu=3,98$ ;  $sd=1,23$ ). Al mismo tiempo, se preguntó si cada uno de estos conceptos

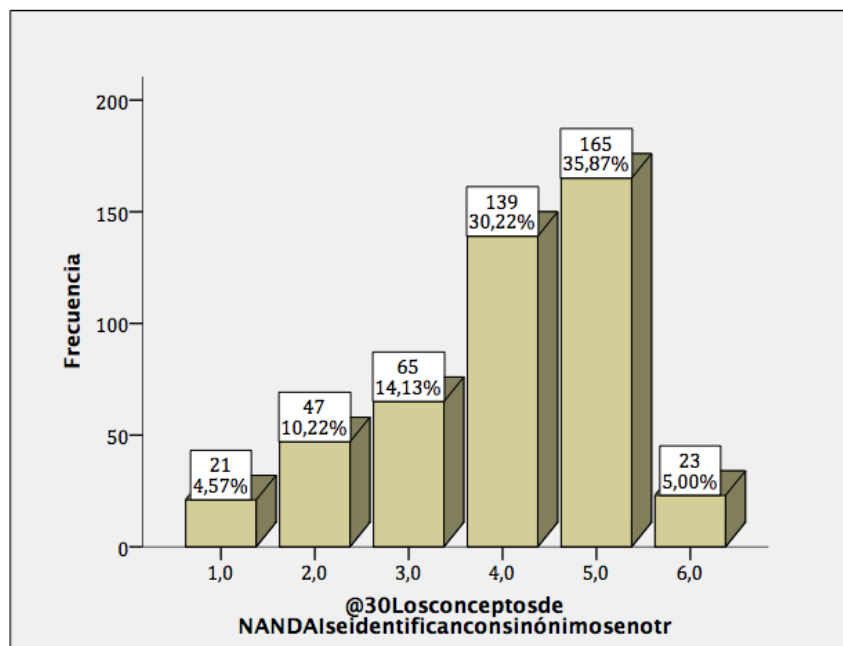
había sido mapeado con equivalentes en otros sistemas terminológicos ( $\mu=3,82$ ;  $sd=1,28$ ), tal como se muestra en la Tabla 85.

**Tabla 85. Equivalencia con otras terminologías**

Variables	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max
30. Los conceptos de NANDA-I se identifican con sinónimos en otras clasificaciones diagnósticas	460	3,98	1,23	1	3	4	5	6
31. Cada concepto de NANDA-I ha sido mapeado con un equivalente en otras clasificaciones o vocabularios	460	3,82	1,28	1	3	4	5	6

Un sector numeroso de entrevistados ( $n=327$ ; 71,09%) declararon encontrar sinónimos con otras clasificaciones, aunque estuvieron totalmente de acuerdo en muy pocas ocasiones ( $n=23$ ; 5%), tal como se observa en el Gráfico 18.

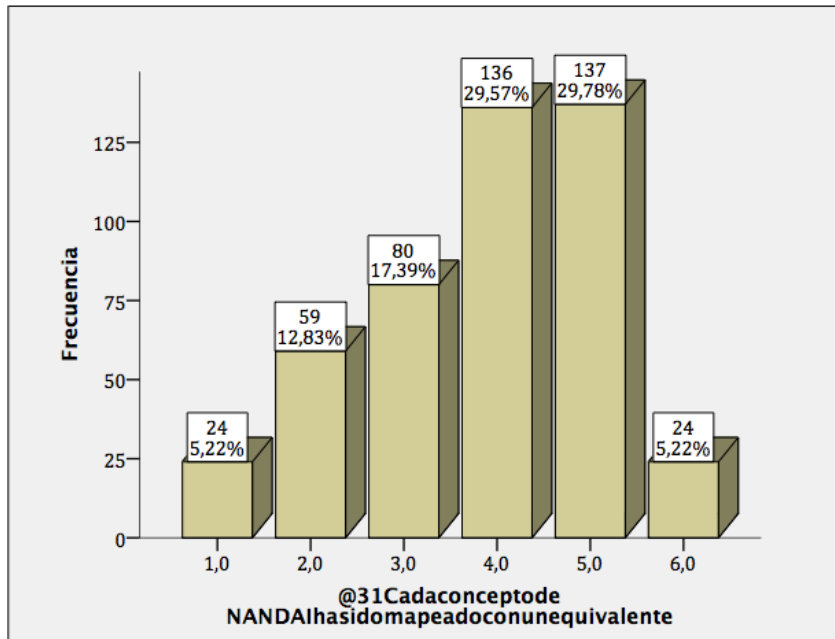
**Gráfico 18. Sinónimos con otras clasificaciones diagnósticas**



Al preguntar si NANDA-I había sido mapeada con equivalentes en otras terminologías,  $n=297$  (64,57%) respondieron de forma afirmativa; tan solo  $n=24$

(5,22%) estuvieron totalmente de acuerdo. De forma negativa respondieron n=163 (25,44%), tal como puede observarse en el Gráfico 19.

**Gráfico 19. Mapeo con otras terminologías**



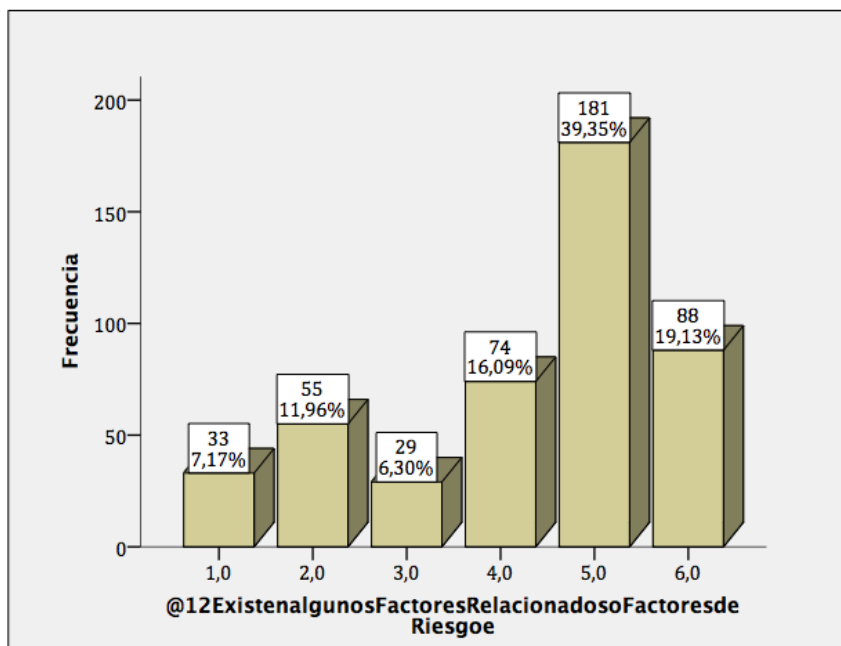
A continuación, se abordó el bloque de variables que cuestionaba acerca de la orientación de NANDA-I hacia los conceptos disciplinares, así como su fundamentación teórica exclusiva con los aspectos de la competencia autónoma enfermera, sustentados filosófica y teóricamente en preceptos disciplinares sólidos.

La pregunta 11 cuestionó acerca de la correspondencia entre DE y diagnósticos médicos o enfermedades ( $\mu=4,07$ ;  $sd=1,65$ ). La variable 12 realizó la misma pregunta en relación a los FR/Fr ( $\mu=4,26$ ;  $sd=1,51$ ), tal como se muestra en la Tabla 86.

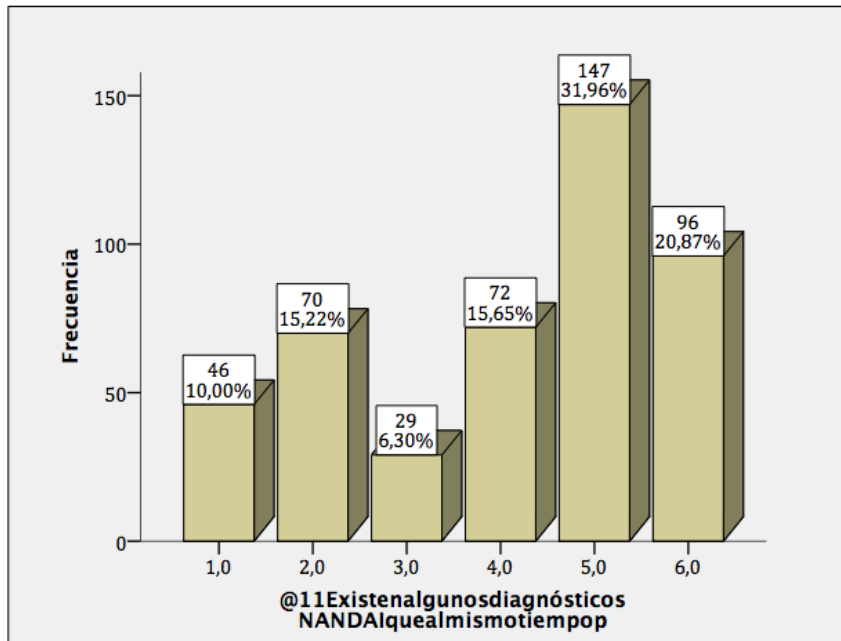
**Tabla 86. Correspondencia con diagnósticos médicos y enfermedades**

Variables	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max
11. Existen algunos diagnósticos NANDA-I que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades	460	4,07	1,65	1	2	5	5	6
12. Existen algunos Factores Relacionados o Factores de Riesgo en NANDA-I que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades	460	4,26	1,51	1	3	5	5	6

En ambos supuestos, los profesionales consideraron correspondencia conceptual con los diagnósticos médicos o enfermedades. Esta proporción fue bastante superior en el supuesto de comparar los FR/Fr (n=343; 74,57%), como puede observarse en el Gráfico 20.

**Gráfico 20. Correspondencia entre Factores relacionados/Factores de riesgo y diagnósticos médicos o enfermedades**

Por otra parte, las Etiquetas diagnósticas mostraron que la equivalencia con diagnósticos médicos o enfermedades fue ligeramente menor (n=315; 68,48%), tal como se observa en el Gráfico 21.

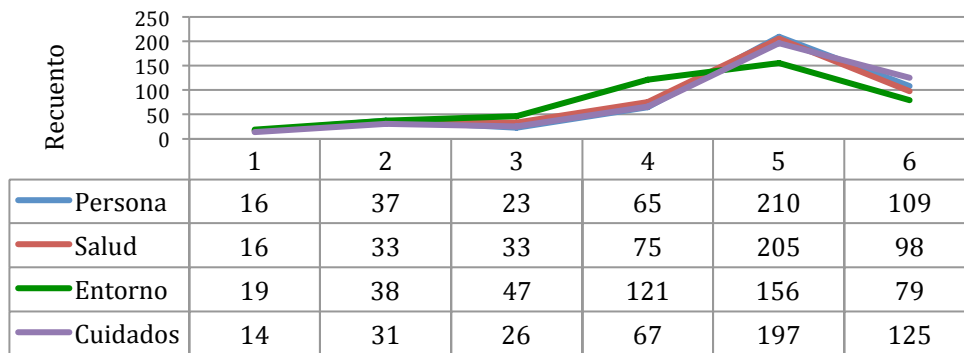
**Gráfico 21. Correspondencia entre Etiquetas diagnósticas y diagnósticos médicos o enfermedades**

Persistiendo en la fundamentación disciplinar de NANDA-I, la pregunta 13 cuestionó sobre los conceptos centrales de la disciplina. Los resultados mostraron puntuaciones por encima de la media; *Cuidados* ( $\mu=4,69$ ;  $sd=1,28$ ) obtuvo la mayor puntuación; *Entorno* ( $\mu=4,29$ ;  $sd=1,32$ ) fue la menor, tal como se muestra en la Tabla 87.

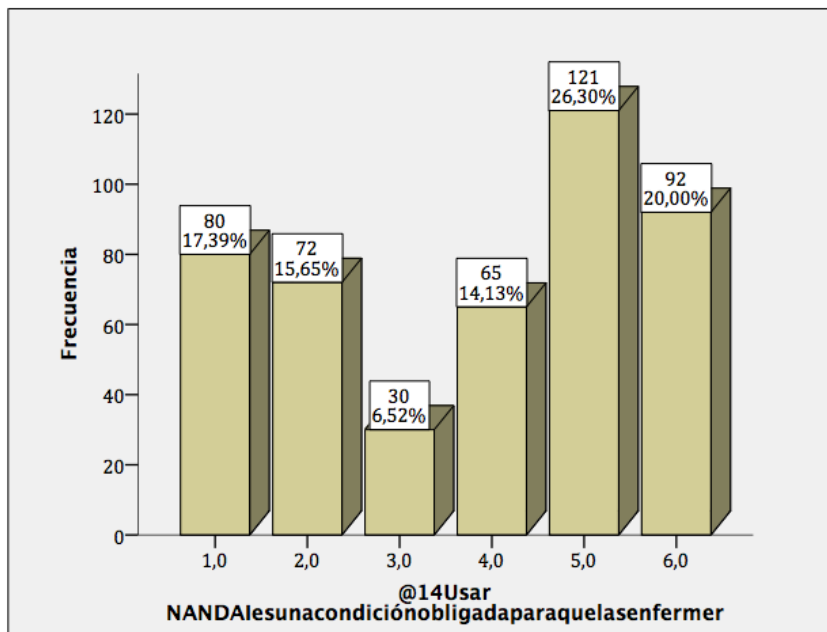
**Tabla 87. Conceptos centrales identificados en NANDA International**

Variables		N	Media	Sd	Mín	P25	Me	P75	Max
13. Enfermería es una disciplina con un cuerpo de conocimientos propio ajustado a conceptos centrales. En qué grado considera que NANDA-I los identifica con claridad	Persona	460	4,62	1,31	1	4	5	5	6
	Salud	460	4,55	1,29	1	4	5	5	6
	Entorno	460	4,29	1,32	1	4	5	5	6
	Cuidados	460	4,69	1,28	1	4	5	6	6

Casi la mitad de la muestra estuvo bastante de acuerdo al considerar que los conceptos centrales de la disciplina se hallaban identificados en NANDA-I; según los profesionales entrevistados, el concepto central de la disciplina *Entorno* correspondió con el menos representado, tal como se observa en el Gráfico 22.

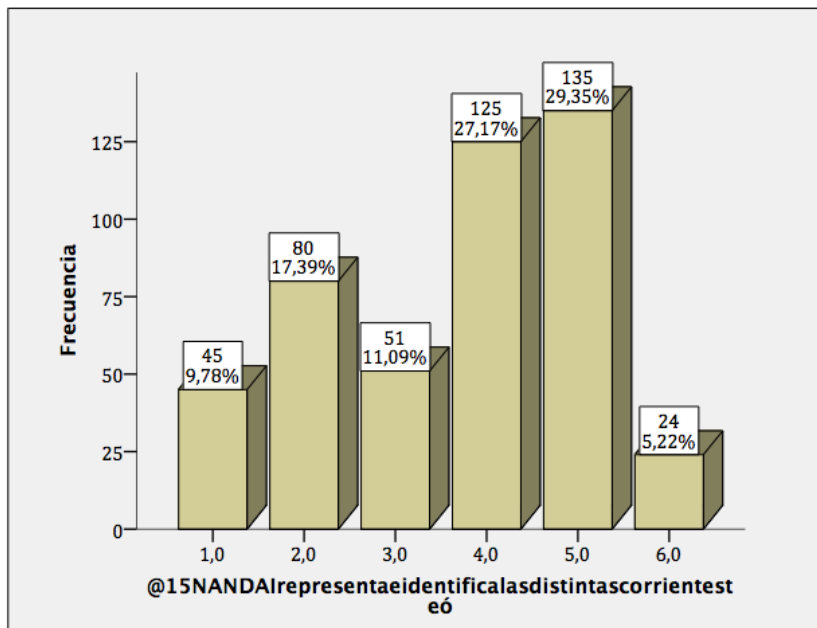
**Gráfico 22. Proporción de conceptos centrales identificados en NANDA Internacional**

En la pregunta 14, que abordaba el uso de NANDA-I como condición para cuidar con función y responsabilidad exclusiva, la tasa de respuestas se mostró repartida ( $\mu=3,76$ ;  $sd=1,81$ ;  $Min=1$ ;  $P25=2$ ;  $Me=4$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ), según el Gráfico 23.

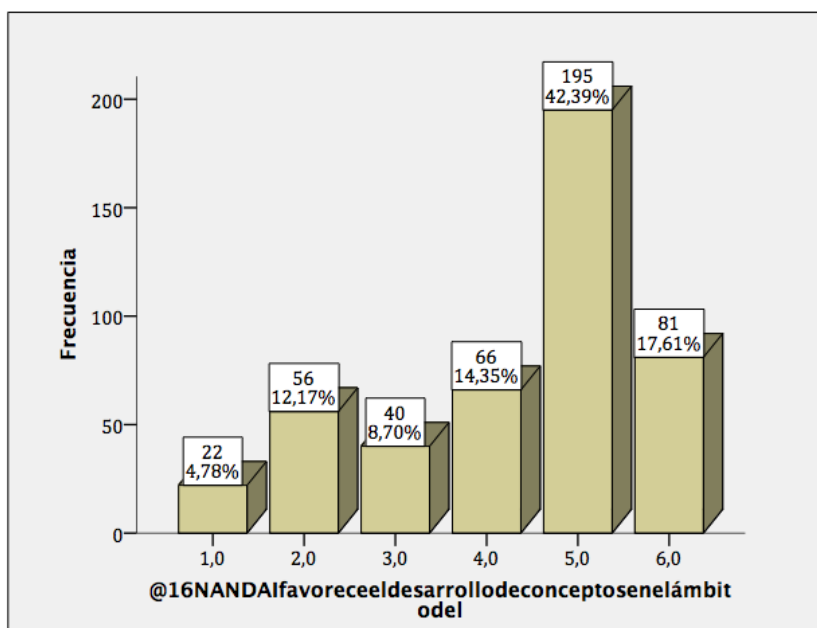
**Gráfico 23. Funciones y responsabilidades exclusivas con NANDA Internacional**

En este orden, se ha cuestionado si NANDA-I representaba e identificaba las corrientes teóricas de Enfermería. Al igual que en la pregunta anterior, las puntuaciones a esta cuestión continuaron bastante repartidas ( $\mu=3,65$ ;  $sd=1,44$ ;  $Min=1$ ;  $P25=2$ ;  $Me=4$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ), tal como se observa en el Gráfico 24.



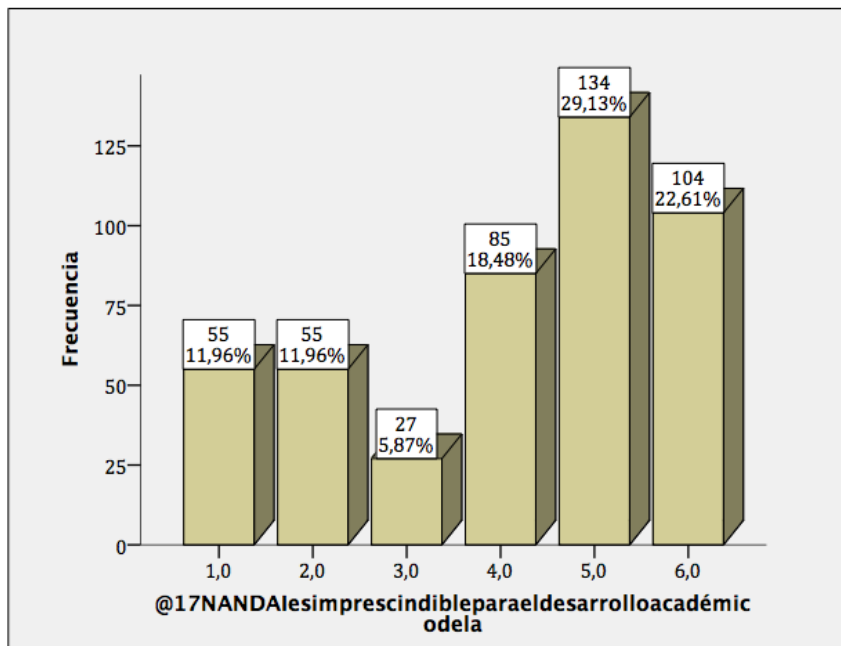
**Gráfico 24. Teorías enfermeras y NANDA Internacional**

Se acometieron dos cuestiones en relación al desarrollo de la Enfermería. Se preguntó si NANDA-I favorecía el desarrollo de conceptos en un ámbito de conocimientos exclusivo de la disciplina ( $\mu=4,3$ ;  $sd=1,43$ ;  $Min=1$ ;  $P25=3$ ;  $Me=5$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ), tal como puede observarse en el Gráfico 25.

**Gráfico 25. Desarrollo de conceptos exclusivos**

A continuación, se preguntó si NANDA-I era imprescindible para el desarrollo académico de la ciencia enfermera ( $\mu=4,09$ ;  $sd=1,68$ ;  $Min=1$ ;  $P25=3$ ;  $Me=5$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ), tal como puede observarse en el Gráfico 26.

**Gráfico 26. Desarrollo académico de la Enfermería**



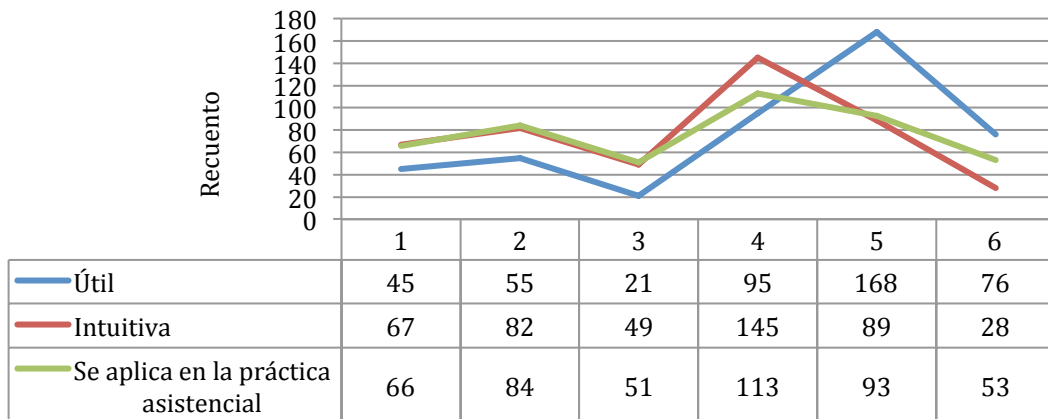
El tercer bloque ha abordado los resultados relacionados con la utilidad de NANDA-I en la práctica asistencial, con la finalidad de determinar su aplicabilidad clínica.

En primer lugar, tres preguntas que cuestionaron si NANDA-I era útil ( $\mu=4,12$ ;  $sd=1,56$ ), era intuitiva ( $\mu=3,42$ ;  $sd=1,49$ ) y se aplicaba en la práctica asistencial ( $\mu=3,53$ ;  $sd=1,61$ ), tal como se muestra en la Tabla 88.

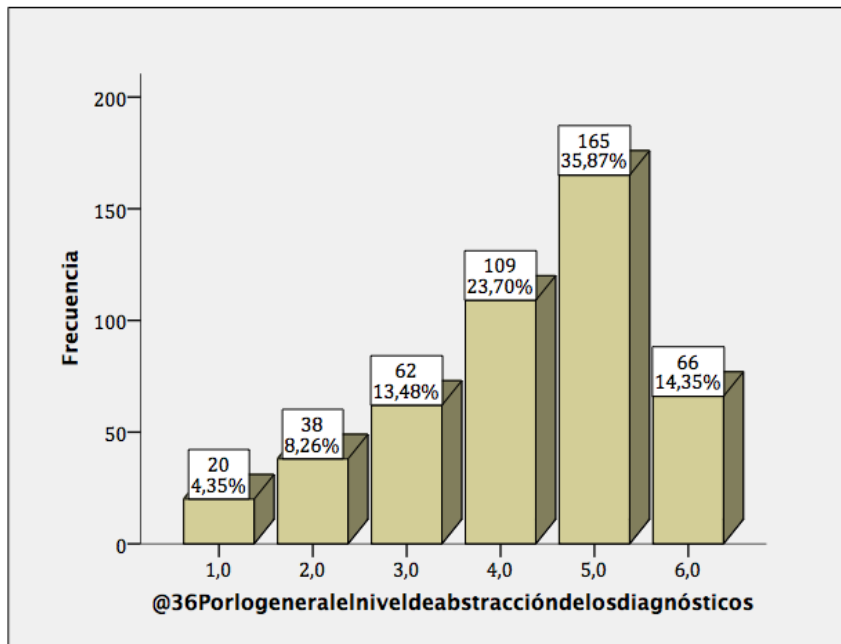
**Tabla 88. Aplicabilidad**

Variables	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max
32. NANDA-I es útil	460	4,12	1,56	1	3	5	5	6
33. NANDA-I es intuitiva	460	3,42	1,49	1	2	4	5	6
34. NANDA-I se aplica en la práctica asistencial	460	3,53	1,61	1	2	4	5	6

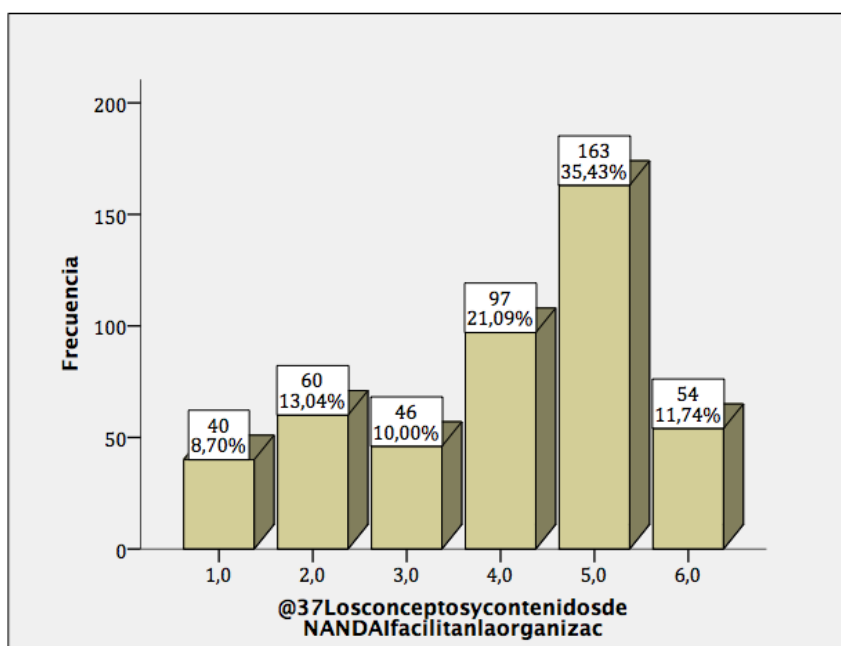
En este sentido, los resultados se mostraron contradictorios. Aunque se juzgó que NANDA-I era útil, su aplicación asistencial fue muy inferior; resultando muy poco intuitiva para un sector de la muestra, tal como se observa en el Gráfico 27.

**Gráfico 27. Utilidad, intuitividad y aplicabilidad de NANDA Internacional**

Por otro lado, se ha preguntado por el nivel de abstracción de los DE. En este sentido, los resultados se dispusieron con  $\mu=4,22$  ( $sd=1,32$ ;  $Min=1$ ;  $P25=3$ ;  $Me=5$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ). La tendencia apuntó que, por lo general, los diagnósticos NANDA-I mostraron nivel de abstracción elevado, tal como se observa en el Gráfico 28.

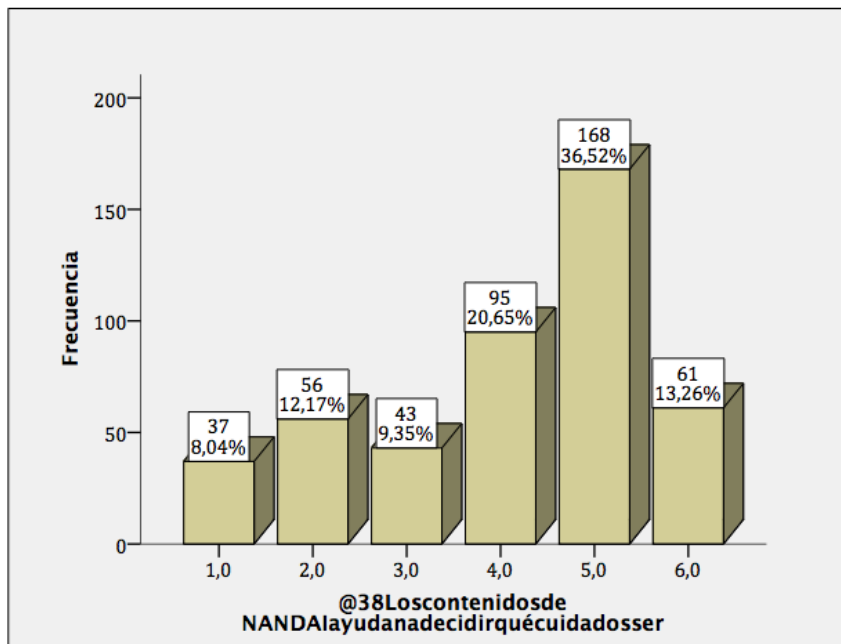
**Gráfico 28. Abstracción de los diagnósticos**

La opinión de los profesionales se mostró bastante repartida en relación a la facultad de NANDA-I para facilitar la organización del conocimiento específico y autónomo ( $\mu=3,97$ ;  $sd=1,49$ ;  $Min=1$ ;  $P25=3$ ;  $Me=4$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ), tal como se observa en el Gráfico 29.

**Gráfico 29. Organización del conocimiento específico y autónomo**

Del mismo modo, el comportamiento fue similar al preguntar si NANDA-I otorgaba la competencia para decidir los cuidados que debían realizarse ( $\mu=4,05$ ;  $sd=1,48$ ;  $Min=1$ ;  $P25=3$ ;  $Me=4$ ;  $P75=5$ ;  $Max=6$ ), tal como se puede observar en el Gráfico 30.

**Gráfico 30. Competencia para decidir los cuidados**



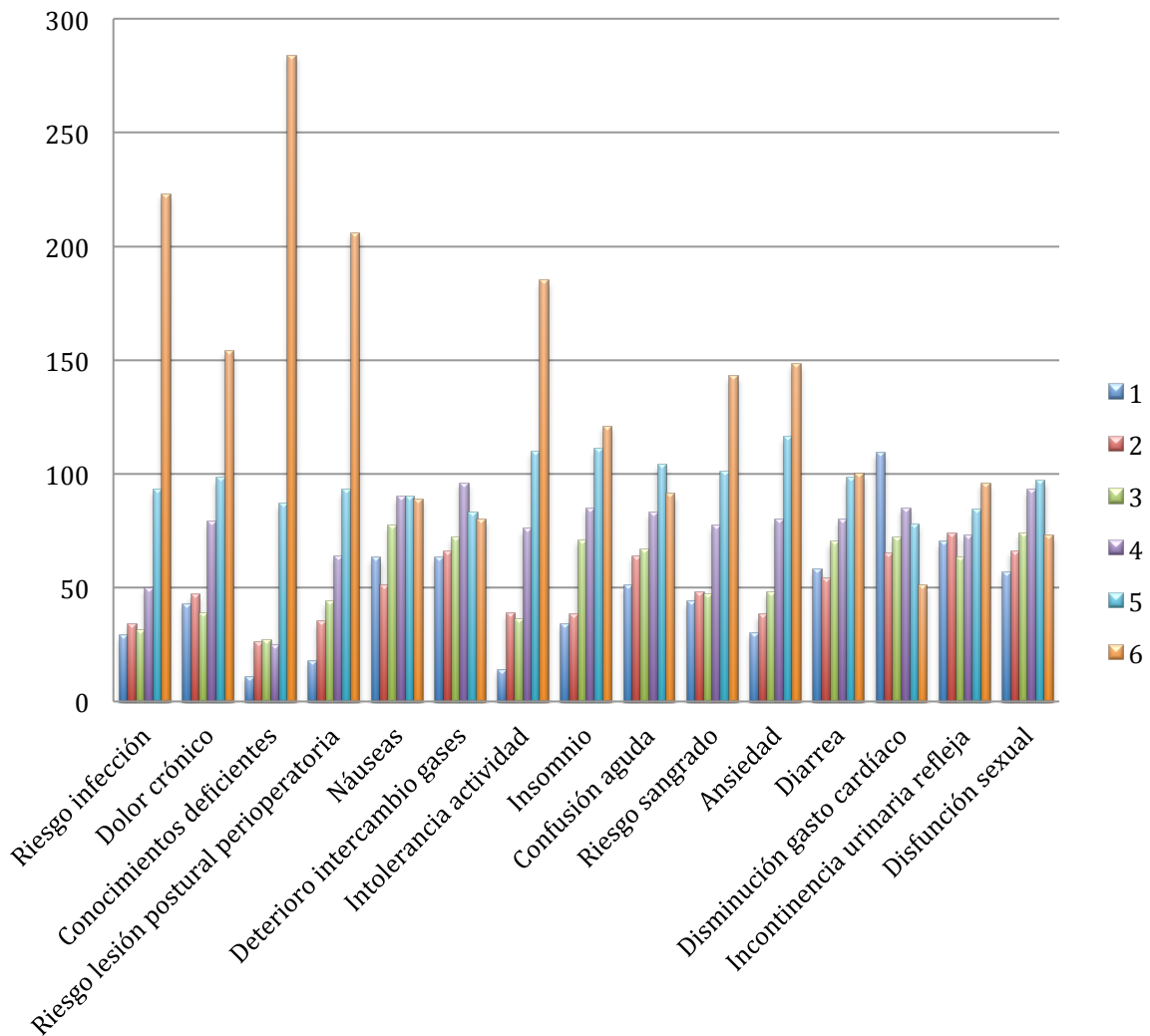
El siguiente bloque de preguntas consistió en un listado con ejemplos de Etiquetas diagnósticas a través de las que se observó el juicio clínico de los profesionales para establecer el grado de correspondencia entre los problemas de salud y DE.

La puntuación media más alta fue para la Etiqueta diagnóstica *Conocimientos deficientes* ( $\mu=5,18$ ;  $sd=1,33$ ). Por el contrario, el valor promedio más bajo correspondió a *Disminución del gasto cardíaco* ( $\mu=3,24$ ;  $sd=1,7$ ), tal como se muestra en la Tabla 89.

**Tabla 89. Etiquetas diagnósticas y juicio clínico**

Variables	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max
39. Riesgo de infección	460	4,77	1,58	1	4	5	6	6
39. Dolor crónico	460	4,31	1,67	1	3	5	6	6
39. Conocimientos deficientes	460	5,18	1,33	1	5	6	6	6
39. Riesgo de lesión postural perioperatoria	460	4,73	1,49	1	4	5	6	6
39. Náuseas	460	3,78	1,66	1	3	4	5	6
39. Deterioro del intercambio de gases	460	3,67	1,65	1	2	4	5	6
39. Intolerancia a la actividad	460	4,7	1,43	1	4	5	6	6
39. Insomnio	460	4,23	1,55	1	3	5	6	6
39. Confusión aguda	460	3,87	1,64	1	2,75	4	5	6
39. Riesgo de sangrado	460	4,24	1,67	1	3	5	6	6
39. Ansiedad	460	4,43	1,54	1	3	5	6	6
39. Diarrea	460	3,88	1,68	1	3	4	5	6
39. Disminución del gasto cardíaco	460	3,24	1,7	1	2	3	5	6
39. Incontinencia urinaria refleja	460	3,68	1,75	1	2	4	5	6
39. Disfunción sexual	460	3,71	1,75	1	2	4	5	6

Según los individuos entrevistados, las Etiquetas diagnósticas que en mayor grado atañeron a DE fueron *Conocimientos deficientes* (n=284; 61,74%), *Riesgo de infección* (n=223; 48,48%), *Riesgo de lesión postural perioperatoria* (n=206; 44,78%) e *Intolerancia a la actividad* (n=185; 40,22%). Por el contrario, las Etiquetas diagnósticas que estimaron en menor medida como DE correspondieron a *Disminución del gasto cardíaco* (n=109; 23,7%), *Incontinencia urinaria refleja* (n=70; 15,22%), *Deterioro del intercambio de gases* (n=63; 13,7%) y *Náuseas* (n=63; 13,7%), tal como se observa en el Gráfico 31.

**Gráfico 31. Correspondencia de problemas de salud con Diagnósticos enfermeros**

### 16.9. Análisis correlacional

A continuación, se expone la correlación entre características sociodemográficas y variables de interés.

#### *Correlación con la variable Sexo*

Sexo es una variable cualitativa de dos categorías, mientras que las variables de interés correspondieron a cuantitativas. Tras comprobar que la muestra no siguió una distribución normal con el Test de Shapiro-Wilk ( $<0,001$ ), se ha utilizado el test no paramétrico de la U-Mann-Whitney.

En primer lugar, las correlaciones para dar respuestas al análisis sobre diferentes aspectos relacionados con los contenidos de NANDA-I. Ninguno de los supuestos mostró significación estadística, por lo que no hubo evidencias que permitieran afirmar que las medias de ambos grupos fueran distintas, tal como se muestra en la Tabla 90.

**Tabla 90. Sexo y contenidos de NANDA International**

Variables	Sexo	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P18_DE fundamentados evidencia	Hombre	115	4,45	1,31	1	4	5	5	6	0,238
	Mujer	345	4,61	1,23	1	4	5	5	6	
P19_Diseños aportan evidencia	Hombre	115	4,20	1,42	1	3,5	4	5	6	0,322
	Mujer	345	4,37	1,23	1	4	5	5	6	
P20_Contextualiza el cuidado	Hombre	115	4,11	1,3	1	4	4	5	6	0,742
	Mujer	345	4,09	1,43	1	3	5	5	6	
P21_CD relevantes	Hombre	115	4,51	1,23	1	4	5	5	6	0,352
	Mujer	345	4,58	1,26	1	4	5	5	6	
P22_FR y Fr relevantes	Hombre	115	4,47	1,22	1	4	5	5	6	0,697
	Mujer	345	4,49	1,25	1	4	5	5	6	
P24_Claras-descriptivas CD	Hombre	115	4,17	1,3	1	4	4	5	6	0,891
	Mujer	345	4,13	1,32	1	4	5	5	6	
P24_Claros-descriptivos FR	Hombre	115	4,19	1,27	1	4	5	5	6	0,959
	Mujer	345	4,18	1,31	1	4	5	5	6	
P24_Claros-descriptivos Fr	Hombre	115	4,26	1,24	1	4	5	5	6	0,868
	Mujer	345	4,20	1,33	1	4	5	5	6	

En relación a la adecuación teórica de NANDA-I con la autonomía de la ciencia enfermera. En esta ocasión, tampoco existió significación estadística, por lo que no hubo evidencias que permitieran afirmar que las medias de ambos grupos fueran distintas, tal como se muestra en la Tabla 91.

**Tabla 91. Sexo y adecuación teórica de NANDA International**

Variables	Sexo	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P11_DE enfermedades	Hombre	115	3,93	1,7	1	2	4	5	6	0,317
	Mujer	345	4,11	1,63	1	3	5	5	6	
P12_FR enfermedades	Hombre	115	4,41	1,46	1	4	5	5	6	0,218
	Mujer	345	4,21	1,52	1	3	5	5	6	
P14_Responsabilidades	Hombre	115	3,56	1,84	1	2	4	5	6	0,179



exclusivas	Mujer	345	3,83	179	1	2	4	5	6	
P16_Conceptos	Hombre	115	4,46	1,37	1	4	5	5	6	0,202
exclusivos	Mujer	345	4,24	1,44	1	3	5	5	6	

Las respuestas que tenían como finalidad determinar la aplicabilidad de NANDA-I tampoco mostraron significación estadística. Nuevamente no hubo evidencias para afirmar que las medias de ambos grupos fueran distintas, tal como se muestra en la Tabla 92.

**Tabla 92. Sexo y aplicabilidad clínica de NANDA International**

Variables	Sexo	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P32_Útil	Hombre	115	4,26	1,51	1	4	5	5	6	0,268
	Mujer	345	4,07	1,56	1	3	5	5	6	
P33_Intuitiva	Hombre	115	3,32	1,5	1	2	4	4	6	0,408
	Mujer	345	3,45	1,49	1	2	4	5	6	
P34_Aplica en la práctica asistencial	Hombre	115	3,51	1,63	1	2	4	5	6	0,990
	Mujer	345	3,53	1,6	1	2	4	5	6	

#### *Correlación con la variable Edad*

En esta ocasión, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman puesto que se ha operado con una variable numérica. Del mismo modo, bajo el supuesto de implicar un subyacente latente de variables ordinales continuas se calculó el coeficiente de correlación Poliserial. Valores superiores a 0,5 indicaron correlación entre variables.

La primera de las correlaciones tuvo como interés evaluar la percepción de los profesionales acerca de NANDA-I. Para ello, se ha realizado correlación con la aceptación de NANDA-I y con la variable 40, que evaluó Significado, Realismo, Obstaculización, Validez, Relevancia, Gratificación y Creatividad de los DE. En esta ocasión, no se encontraron evidencias para afirmar asociación entre las variables, tal como se muestra en la Tabla 93.

**Tabla 93. Edad y percepción de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Poliserial
P35_Los profesionales la aceptan	460	0,09	0,060	0,10
P40_Significado	460	0,08	0,087	0,09
P40_Realismo	460	0,09	0,048	0,10
P40_Obstaculización	460	0,11	0,014	0,13
P40_Validez	460	0,03	0,525	0,05
P40_Relevancia	460	0,04	0,355	0,07
P40_Gratificación	460	0,06	0,179	0,09
P40_Creatividad	460	0,15	0,002	0,18

Para dar respuestas a los diferentes aspectos relacionados con los contenidos de NANDA-I, se ha realizado correlación con la variable que cuestionaba si los DE estaban fundamentados en evidencia, si los DE apoyaban su fundamento en diseños de estudios que aportaban niveles altos de evidencia y la que cuestionaba si la disposición estructural de los contenidos de NANDA-I facilitaban su aprendizaje. No hubo evidencias para afirmar asociación entre las variables, tal como se muestra en la Tabla 94.

**Tabla 94. Edad y contenidos de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Poliserial
P18_DE fundamentados evidencia	460	-0,04	0,394	-0,03
P19_Diseños aportan evidencia	460	-0,10	0,030	-0,10
P27_Facilita su aprendizaje	460	0,10	0,040	0,09

En tercer lugar, para determinar la aplicabilidad clínica de NANDA-I, se ha realizado correlación con la pregunta que cuestionaba la utilidad de NANDA-I, su intuitividad y la que preguntaba acerca de la aplicación de NANDA-I en la práctica asistencial. En esta ocasión, tampoco se encontraron evidencias para afirmar asociación entre las variables, tal como se muestra en la Tabla 95.

**Tabla 95. Edad y aplicabilidad clínica de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Poliserial
P32_Útil	460	0,07	0,117	0,06
P33_Intuitiva	460	0,03	0,504	0,04
P34_Aplica en la práctica asistencial	460	0,09	0,067	0,09

*Correlación con la variable Nivel académico*

En relación al Nivel académico, antes de realizar el análisis de correlación se ha procedido a unificar Diplomado en Enfermería y Graduado en Enfermería, puesto que constituyen categorías equivalentes. De este modo, se ha desarrollado una nueva variable categórica. La distribución de frecuencias quedó conformada por Diplomado-Graduado n=279 (60,65%), Máster n=127 (27,61%) y Doctorado n=54 (11,74%).

Puesto que Nivel académico es una variable ordinal, con la finalidad de analizar la tendencia observada, se ha realizado el test no paramétrico de Jonckheere-Terpstra, tras comprobar que la muestra no siguió una distribución normal con el Test de Shapiro-Wilk (<0,001).

En primer lugar, se han realizado correlaciones que tenían como finalidad evaluar la percepción sobre NANDA-I. No se ha encontrado significación estadística en su correlación con la que cuestionaba la aceptación de NANDA-I en la práctica asistencial (p=0,347), tal como se muestra en la Tabla 96.

**Tabla 96. Nivel académico y aceptación de NANDA International**

P35_Los profesionales la aceptan	Diplomado-Graduado	Máster	Doctorado	p-valor
N	279	127	54	0,347
Media	3,16	2,91	3,15	
Sd	1,53	1,46	1,38	
Min	1	1	1	
P25	2	2	2	
P50-Me	3	3	3	
P75	4	4	4	
Max	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	

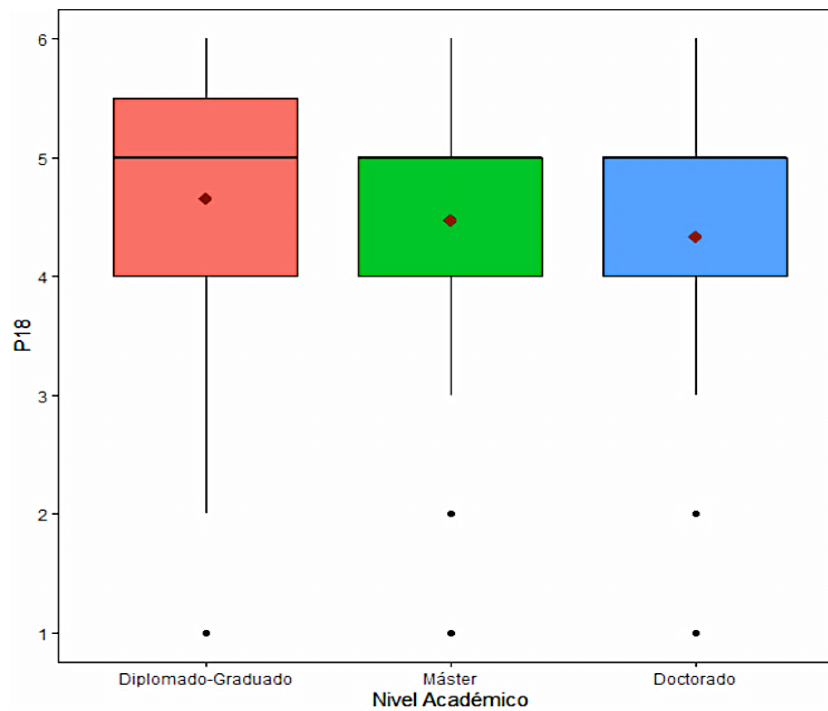
En segundo lugar, aspectos relacionados con los contenidos de NANDA-I.

Se estableció correlación con la variable que cuestionaba si los diagnósticos estaban fundamentados en criterios de actuación basados en evidencia científica, obteniendo significación estadística ( $p=0,037$ ), tal como se muestra en la Tabla 97.

**Tabla 97. Nivel académico y diagnósticos fundamentados en evidencia**

P18_DE fundamentados evidencia	Diplomado-Graduado	Máster	Doctorado	p-valor
N	279	127	54	0,037
Media	4,66	4,47	4,33	
Sd	1,22	1,28	1,33	
Min	1	1	1	
P25	4	4	4	
P50-Me	5	5	5	
P75	5,50	5	5	
Max	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	

El comportamiento de estas variables ha sido representado mediante diagramas de cajas. De tal forma que los rombos simbolizan el valor de la media de cada grupo. En la medida que aumentaba el nivel de formación académica, los profesionales opinaban en menor grado que los DE estuvieran fundamentados en evidencia científica, tal como se puede observar en el Gráfico 32.

**Gráfico 32. Nivel académico y diagnósticos con evidencia**

Al correlacionar Nivel académico con la pregunta que cuestionaba si los diseños de las investigaciones sobre diagnósticos NANDA-I aportaban niveles altos de evidencia, no se obtuvo significación estadística ( $p=0,062$ ), tal como muestra la Tabla 98.

**Tabla 98. Nivel académico, evidencia y diseños de las investigaciones**

P19_Diseños aportan evidencia	Diplomado-Graduado	Máster	Doctorado	p-valor
N	279	127	54	0,062
Media	4,39	4,29	4,06	
Sd	1,27	1,30	1,27	
Min	1	1	1	
P25	4	4	3,25	
P50-Me	5	5	4	
P75	5	5	5	
Max	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	

No existió significación estadística al correlacionar el Nivel académico con la variable que cuestionaba la existencia de coherencia interna entre los conceptos de NANDA-I ( $p=0,329$ ); la precisión en su estructura jerárquica y taxonómica

( $p=0,449$ ); o la que cuestionaba si la estructura de NANDA-I facilitaba su aprendizaje ( $p=0,727$ ). Del mismo modo, no se encontró significación estadística con la que preguntaba por la posibilidad de encontrar clasificado algún concepto o contenido de forma duplicada ( $p=0,196$ ); ni con la que interrogaba si cada concepto estaba identificado con un código inequívoco ( $p=0,097$ ); ni con la que cuestionaba si estos conceptos se identificaban con sinónimos en otras clasificaciones diagnósticas ( $p=0,277$ ). Por último, no existió significación estadística con la pregunta que cuestionaba si cada uno de estos conceptos había sido mapeado con un equivalente en otros sistemas diagnósticos ( $p=0,965$ ), tal como se muestra en la Tabla 99.

**Tabla 99. Nivel académico y aspectos estructurales de NANDA International**

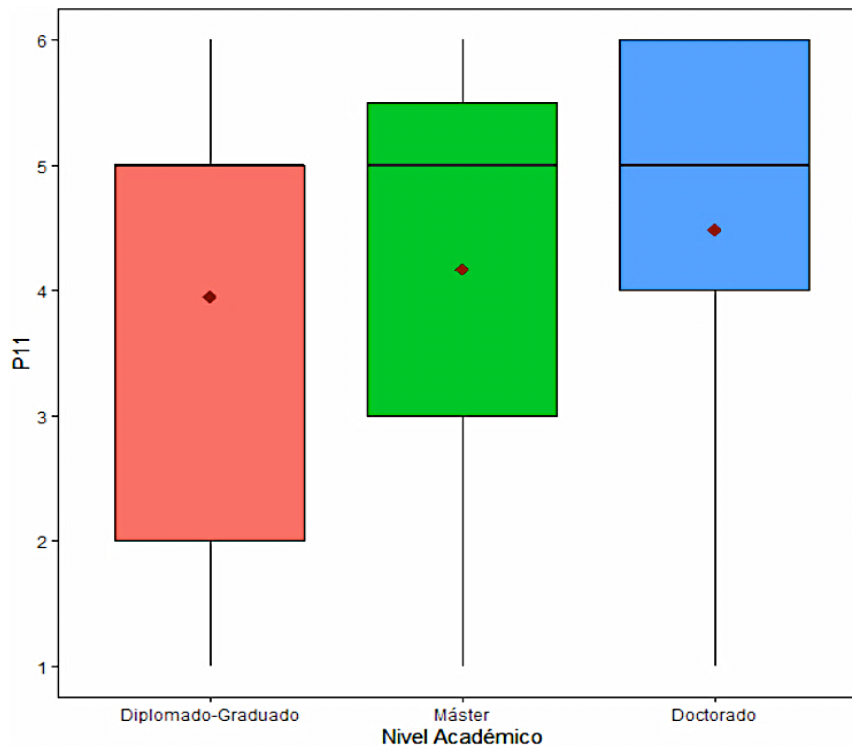
Variables	Nivel académico	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	P-valor
P25_Coherencia interna	Diplomado-Graduado	279	4,21	1,11	1	4	4	5	6	0,329
	Máster	127	4,22	1,12	1	4	5	5	6	
	Doctorado	54	4,39	1,11	1	4	5	5	6	
P26_Estructura jerárquica	Diplomado-Graduado	279	4,13	1,18	1	4	4	5	6	0,449
	Máster	127	4,23	1,13	1	4	4	5	6	
	Doctorado	54	4,22	1,11	1	4	4,5	5	6	
P27_Facilita su aprendizaje	Diplomado-Graduado	279	3,69	1,55	1	2	4	5	6	0,727
	Máster	127	3,57	1,49	1	2	4	5	6	
	Doctorado	54	3,74	1,40	1	2	4	5	6	
P28_Conceptos duplicados	Diplomado-Graduado	279	4,09	1,24	1	3	4	5	6	0,196
	Máster	127	4,08	1,26	1	3	4	5	6	
	Doctorado	54	4,48	1,19	1	4	5	5	6	
P29_Código inequívoco	Diplomado-Graduado	279	4,40	1,44	1	3	5	6	6	0,097
	Máster	127	4,54	1,42	1	4	5	6	6	
	Doctorado	54	4,72	1,41	1	4	5	6	6	
P30_Sinónimos	Diplomado-Graduado	279	3,93	1,20	1	3	4	5	6	0,277
	Máster	127	4,12	1,28	1	3,5	4	5	6	
	Doctorado	54	3,89	1,31	1	3	4	5	6	
P31_Conceptos mapeados	Diplomado-Graduado	279	3,83	1,21	1	3	4	5	6	0,965
	Máster	127	3,88	1,31	1	3	4	5	6	
	Doctorado	54	3,59	1,50	1	2	4	5	6	

A continuación, para examinar la adecuación teórica de NANDA-I en relación a la autonomía enfermera, se ha establecido correlación con la pregunta que cuestionaba si algunos de sus diagnósticos podrían corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades. En esta ocasión, si se ha obtenido significación estadística ( $p=0,03$ ), tal como se muestra en la Tabla 100.

**Tabla 100. Nivel académico y correspondencia de NANDA International con diagnósticos médicos o enfermedades**

11_DE enfermedades	Diplomado-Graduado	Máster	Doctorado	p-valor
N	279	127	54	0,03
Media	3,95	4,7	4,48	
Sd	1,67	1,67	1,46	
Min	1	1	1	
P25	2	3	4	
P50-Me	5	5	5	
P75	5	5,5	6	
Max	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	

Nuevamente se ha representado el comportamiento de estas variables mediante diagramas de cajas. Los rombos simbolizan el valor de la media de cada grupo. A medida que aumentaba el nivel de formación académica, los profesionales opinaron que existía mayor correspondencia entre los DE y los diagnósticos médicos o enfermedades, tal como se observa en el Gráfico 33.

**Gráfico 33. Nivel académico y correspondencia de NANDA International con diagnósticos médicos o enfermedades**

Del mismo modo, la pregunta 12 cuestionaba si algunos FR/Fr pudieran corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades. Al correlacionar esta variable con el Nivel académico, nuevamente se ha obtenido significación estadística ( $p=0,001$ ), tal como se muestra en la Tabla 101.

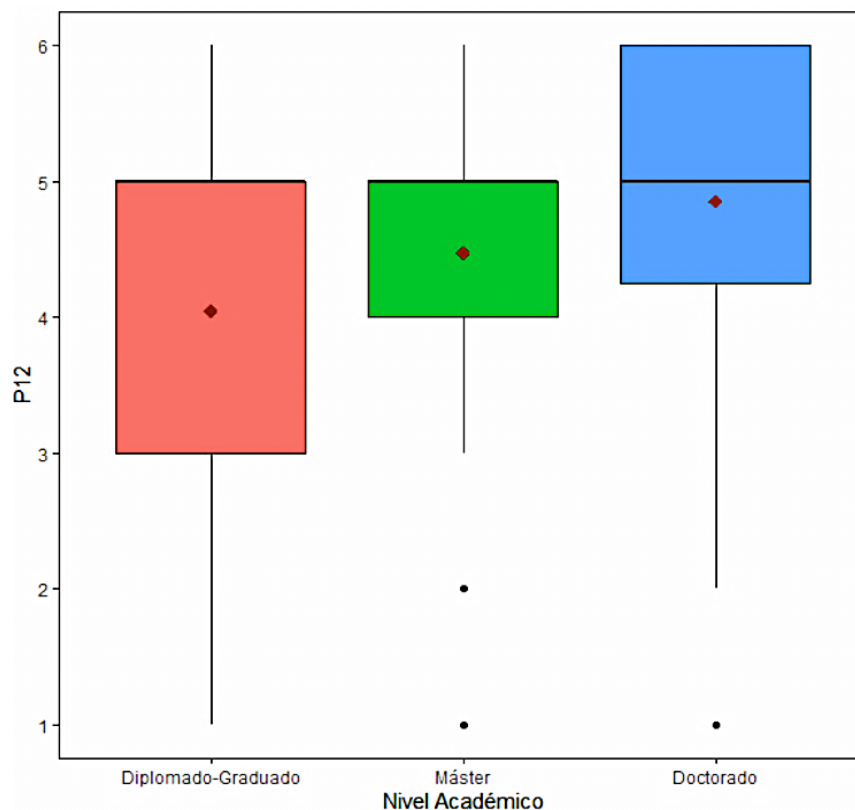
**Tabla 101. Nivel académico y correspondencia de Factores relacionados/Factores de riesgo con diagnósticos médicos o enfermedades**

12_FR/Fr enfermedades	Diplomado-Graduado	Máster	Doctorado	p-valor
N	279	127	54	0,001
Media	4,05	4,47	4,85	
Sd	1,58	1,41	1,09	
Min	1	1	1	
P25	3	4	4,25	
P50-Me	5	5	5	
P75	5	5	6	
Max	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	



El comportamiento de estas variables ha sido representado nuevamente mediante diagramas de cajas, donde los rombos simbolizan el valor de la media de cada grupo. En esta ocasión, el grado de significación estadística ha aportado evidencias que vincularon el nivel de formación académica con la opinión acerca de que los FR/Fr pudiesen corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades, tal como se puede observar en el Gráfico 34.

**Gráfico 34. Nivel académico y correspondencia de Factores relacionados y Factores de riesgo con diagnósticos médicos o enfermedades**



Con la finalidad de encontrar más evidencias acerca del Nivel académico y variables de interés se han realizado nuevas correlaciones. En primer lugar, con la pregunta que cuestionaba si NANDA-I identificaba los conceptos centrales de la disciplina. Se ha comprobado ausencia de significación estadística con el concepto *Persona* ( $p=0,110$ ), *Salud* ( $p=0,857$ ), *Entorno* ( $p=0,509$ ) y *Cuidados* ( $p=0,279$ ), tal como se muestra en la Tabla 102.

**Tabla 102. Nivel académico y conceptos centrales de la disciplina**

Variables	Nivel académico	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P13_Concepto persona	Diplomado-Graduado	279	4,53	1,36	1	4	5	5	6	0,110
	Máster	127	4,72	1,20	1	4	5	5	6	
	Doctorado	54	4,80	1,25	2	4,25	5	6	6	
P13_Concepto salud	Diplomado-Graduado	279	4,52	1,34	1	4	5	5	6	0,857
	Máster	127	4,58	1,21	1	4	5	5	6	
	Doctorado	54	4,61	1,25	1	4	5	5	6	
P13_Concepto entorno	Diplomado-Graduado	279	4,30	1,38	1	4	5	5	6	0,509
	Máster	127	4,28	1,23	1	4	4	5	6	
	Doctorado	54	4,28	1,27	1	4	4	5	6	
P13_Concepto cuidados	Diplomado-Graduado	279	4,71	1,33	1	4	5	6	6	0,279
	Máster	127	4,67	1,18	1	4	5	5	6	
	Doctorado	54	4,63	1,29	1	4	5	5,75	6	

No existió significación estadística al correlacionar Nivel académico y la pregunta que cuestionaba si usar NANDA-I era una condición obligada para que las enfermeras pudieran realizar cuidados que impliquen funciones y responsabilidades exclusivas ( $p=0,223$ ), tal como se muestra en la Tabla 103.

**Tabla 103. Nivel académico y responsabilidades exclusivas**

Variables	Nivel académico	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P14_Responsabilidades exclusivas	Diplomado-Graduado	279	3,71	1,81	1	2	5	5	6	0,223
	Máster	127	3,71	1,79	1	2	4	5	6	
	Doctorado	54	4,17	1,81	1	2,25	5	6	6	

De igual modo, no fue significativa la correlación entre Nivel académico y la que preguntaba si NANDA-I representaba e identificaba las distintas corrientes teóricas de la Enfermería ( $p=0,259$ ). La que cuestionaba si NANDA-I favorecía el desarrollo de conceptos en el ámbito del conocimiento exclusivo ( $p=0,959$ ) no mostró significación estadística; ni la variable que preguntaba si NANDA-I era

imprescindible para el desarrollo académico de la ciencia enfermera ( $p=0,503$ ), tal como se muestra en la Tabla 104.

**Tabla 104. Nivel académico y adecuación teórica de Enfermería**

Variables	Nivel académico	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P15_Teorías de Enfermería	Diplomado-Graduado	279	3,69	1,44	1	2	4	5	6	0,259
	Máster	127	3,68	1,44	1	3	4	5	6	
	Doctorado	54	3,33	1,43	1	2	4	4	6	
P16_Conceptos exclusivos	Diplomado-Graduado	279	4,27	1,47	1	3	5	5	6	0,959
	Máster	127	4,39	1,36	1	4	5	5	6	
	Doctorado	54	4,24	1,37	2	3	5	5	6	
P17_Desarrollo académico	Diplomado-Graduado	279	4,06	1,70	1	3	5	5	6	0,503
	Máster	127	3,99	1,66	1	3	4	5	6	
	Doctorado	54	4,43	1,55	1	4	5	6	6	

Se obtuvo significación estadística al correlacionar Nivel académico y la que cuestionaba la utilidad de NANDA-I ( $p=0,035$ ), tal como se muestra en la Tabla 105.

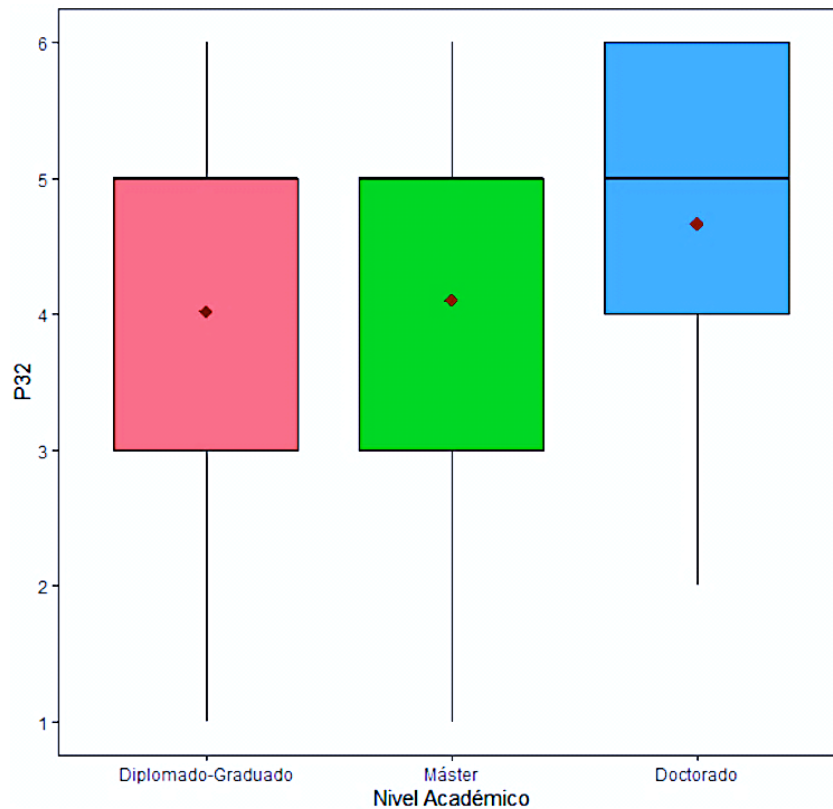
**Tabla 105. Nivel académico y utilidad de NANDA International**

P32_NANDA-I es útil	Diplomado-Graduado	Máster	Doctorado	p-valor
N	279	127	54	0,035
Media	4,02	4,10	4,67	
Sd	1,61	1,52	1,27	
Min	1	1	2	
P25	3	3	4	
P50-Me	5	5	5	
P75	5	5	6	
Max	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	

La representación gráfica de esta correlación ha sido realizada nuevamente con diagramas de cajas. Como se ha comentado, los rombos simbolizan el valor de la media en cada grupo. De forma paradójica, se ha determinado estadísticamente

que los profesionales con mayor nivel de formación académica estiman la mayor utilidad de NANDA-I, tal como se observa en el Gráfico 35.

**Gráfico 35. Nivel académico y utilidad de NANDA International**



En relación a la aplicabilidad clínica de NANDA-I, no existió significación estadística al preguntar si NANDA-I era intuitiva ( $p=0,770$ ); ni al interrogar acerca de su aplicación en la práctica asistencial ( $p=0,791$ ). Del mismo modo, no se obtuvo significación estadística al cuestionar acerca del nivel de abstracción de los DE ( $p=0,839$ ); ni acerca de su capacidad para organizar el conocimiento específico y autónomo ( $p=0,147$ ). Con la variable que cuestionó si los contenidos de NANDA-I ayudaban a decidir los cuidados ( $p=0,793$ ) no existió significación estadística, tal como se muestra en la Tabla 106.

**Tabla 106. Nivel académico y aplicabilidad clínica de NANDA International**

Variables	Nivel académico	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P33_Intuitiva	Diplomado-Graduado	279	3,39	1,53	1	2	4	5	6	0,770
	Máster	127	3,41	1,50	1	2	4	5	6	
	Doctorado	54	3,54	1,28	1	2,25	4	4	6	
P34_Aplica en la práctica asistencial	Diplomado-Graduado	279	3,54	1,66	1	2	4	5	6	0,791
	Máster	127	3,43	1,57	1	2	4	5	6	
	Doctorado	54	3,65	1,39	1	3	4	4,75	6	
P36_Abstracción	Diplomado-Graduado	279	4,19	1,38	1	3	5	5	6	0,839
	Máster	127	4,25	1,25	1	3	5	5	6	
	Doctorado	54	4,28	1,19	1	4	4	5	6	
P37_Organización del conocimiento	Diplomado-Graduado	279	3,89	1,54	1	3	4	5	6	0,147
	Máster	127	3,98	1,45	1	3	4	5	6	
	Doctorado	54	4,33	1,33	1	3	4	5	6	
P38_Ayuda a decidir cuidados	Diplomado-Graduado	279	4,06	1,48	1	3	4	5	6	0,793
	Máster	127	4	1,46	1	3	4	5	6	
	Doctorado	54	4,15	1,57	1	3	4,5	5	6	

#### *Correlación con la variable Especialidad*

Especialidad envuelve una variable conformada por diferentes categorías; para hacerla operativa se ha procedido a su modificación. De esta forma, se ha creado una nueva variable dicotómica. Por una parte, los que no tienen ninguna especialidad y por otra los que tienen alguna especialidad. Así, esta nueva variable categoría “*Ninguna especialidad*” quedó conformada por n=283 (61,5%) registros y “*Alguna especialidad*” n=177 (38,5%) registros.

Debido a que el resto de variables de interés eran cuantitativas que no siguieron una distribución normal (Shapiro-Wilk <0,001), se ha utilizado el test no paramétrico de la U-Mann-Whitney.

En primer lugar, los resultados para evaluar la percepción que tienen los profesionales sobre NANDA-I. Al correlacionar la nueva variable recodificada

Especialidad con la que cuestionaba acerca de la aceptación de NANDA-I en la práctica asistencial ( $p=0,207$ ) no existieron evidencias para afirmar que las medias en ambos grupos fueran distintas, tal como muestra la Tabla 107.

**Tabla 107. Especialidad y aceptación de NANDA International**

P35_Los profesionales la aceptan	Ninguna especialidad	Alguna especialidad	p-valor
N	283	177	0,207
Media	3,15	2,98	
Sd	1,50	1,48	
Min	1	1	
P25	2	2	
P50-Me	3	3	
P75	4	4	
Max	6	6	
Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	

Del mismo modo, al correlacionar la Especialidad con las actitudes ante el DE no existieron evidencias para afirmar que las medias en ambos grupos fueran distintas, tal como se muestra en la Tabla 108.

**Tabla 108. Especialidad y actitudes de los profesionales**

Variables	Especialidad	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P40_Significado	Ninguna	283	4,07	1,32	1	3	4	5	6	0,611
	Alguna	177	4,02	1,28	1	3	4	5	6	
P40_Realismo	Ninguna	283	3,84	1,31	1	3	4	5	6	0,537
	Alguna	177	3,76	1,30	1	3	4	5	6	
P40_Obstaculización	Ninguna	283	3,74	1,33	1	3	4	5	6	0,929
	Alguna	177	3,76	1,32	1	3	4	5	6	
P40_Validez	Ninguna	283	3,98	1,33	1	3	4	5	6	0,687
	Alguna	177	3,94	1,23	1	3	4	5	6	
P40_Relevancia	Ninguna	283	3,94	1,37	1	3	4	5	6	0,796
	Alguna	177	3,91	1,35	1	3	4	5	6	
P40_Gratificación	Ninguna	283	3,76	1,34	1	3	4	5	6	0,904
	Alguna	177	3,74	1,30	1	3	4	5	6	
P40_Creatividad	Ninguna	283	3,62	1,38	1	3	4	5	6	0,985
	Alguna	177	3,64	1,40	1	3	4	5	6	

A continuación, se ha tratado de dar respuestas sobre los contenidos de NANDA-I. Para ello, la correlación de la variable Especialidad con la que cuestionaba si los DE estaban fundamentados en evidencia científica ( $p=0,831$ ). En esta ocasión, no se encontraron evidencias para afirmar que las medias de ambos grupos fueran distintas, tal como se muestra en la Tabla 109.

**Tabla 109. Especialidad y evidencia científica de los diagnósticos**

P18_DE fundamentados en evidencia	Ninguna especialidad	Alguna especialidad	p-valor
N	283	177	0,831
Media	4,53	4,62	
Sd	1,32	1,11	
Min	1	2	
P25	4	4	
P50-Me	5	5	
P75	5	4	
Max	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	

No se han encontrado evidencias para afirmar que las medias de ambos grupos fueran distintas en la correlación con la que preguntaba acerca de la correspondencia de los DE con diagnósticos médicos o enfermedades ( $p=0,891$ ) ni con la que cuestionaba tal correspondencia con los FR/Fr ( $p=0,963$ ), tal como se muestra en la Tabla 110.

**Tabla 110. Especialidad y atributos fisiopatológicos de NANDA International**

Variables	Especialidad	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P11_DE enfermedades	Ninguna	283	4,06	1,64	1	2	5	5	6	0,891
	Alguna	177	4,07	1,66	1	3	5	5	6	
P12_FR enfermedades	Ninguna	283	4,28	1,49	1	4	5	5	6	0,963
	Alguna	177	4,22	1,54	1	3	5	5	6	

Finalmente, las respuestas para determinar la aplicabilidad clínica de NANDA-I. No se obtuvo significación estadística en relación a la correlación con la pregunta que cuestionaba la utilidad de NANDA-I ( $p=0,851$ ); ni la que debatía si era intuitiva ( $p=0,744$ ). No existió significación en lo que respecta a la que preguntaba por la aplicación de NANDA-I en la práctica asistencial ( $p=0,687$ ), tal como se muestra en la Tabla 111.

**Tabla 111. Especialidad y aplicabilidad clínica de NANDA International**

Variables	Especialidad	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	P-valor
P32_NANDA-I es útil	Ninguna	283	4,13	1,54	1	3	5	5	6	0,851
	Alguna	177	4,09	1,58	1	3	4	5	6	
P33_Intuitiva	Ninguna	283	3,39	1,47	1	2	4	5	6	0,744
	Alguna	177	3,45	1,53	1	2	4	5	6	
P34_Aplica en la práctica asistencial	Ninguna	283	3,55	1,61	1	2	4	5	6	0,687
	Alguna	177	3,49	1,60	1	2	4	5	6	

Los resultados para dar respuestas al juicio clínico de los profesionales en relación a diversos ejemplos de Etiquetas diagnósticas pretendieron establecer el grado de correspondencia de estos problemas de salud con DE. Todas las variables mostraron ausencia de significación estadística. No concurrieron evidencias para afirmar que las medias en ambos grupos fueran distintas, tal como muestra la Tabla 112.

**Tabla 112. Especialidad, Etiquetas diagnósticas y juicio clínico**

Variables	Especialidad	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	P-valor
P39_Riesgo de infección	Ninguna	283	4,80	1,59	1	4	5	6	6	0,467
	Alguna	177	4,71	1,57	1	4	5	6	6	
P39_Dolor crónico	Ninguna	283	3,30	1,71	1	3	5	6	6	0,896
	Alguna	177	4,33	1,61	1	3	5	6	6	
P39_Conocimientos deficientes	Ninguna	283	5,15	1,37	1	5	6	6	6	0,582
	Alguna	177	5,23	1,27	1	5	6	6	6	
P39_Riesgo lesión perioperatoria	Ninguna	283	4,69	1,54	1	4	5	6	6	0,643
	Alguna	177	4,80	1,41	1	4	5	6	6	
P39_Náuseas	Ninguna	283	3,67	1,69	1	2	4	5	6	0,906
	Alguna	177	3,80	1,63	1	3	4	5	6	



P39_Deterioro intercambio gases	Ninguna	283	3,58	1,72	1	2	4	5	6	0,147
	Alguna	177	3,83	1,54	1	3	4	5	6	
P39_Intolerancia actividad	Ninguna	283	4,71	1,49	1	4	5	6	6	0,497
	Alguna	177	4,70	1,33	1	4	5	6	6	
P39_Insomnio	Ninguna	283	4,16	1,61	1	3	4	6	6	0,421
	Alguna	177	4,33	1,44	1	3	5	6	6	
P39_Confusión aguda	Ninguna	283	3,83	1,69	1	2	4	5	6	0,660
	Alguna	177	3,92	1,58	1	3	4	5	6	
P39_Riesgo sangrado	Ninguna	283	4,26	1,70	1	3	5	6	6	0,608
	Alguna	177	4,21	1,63	1	3	4	6	6	
P39_Ansiedad	Ninguna	283	4,38	1,56	1	3	5	6	6	0,331
	Alguna	177	4,51	1,52	1	4	5	6	6	
P39_Diarrea	Ninguna	283	3,84	1,71	1	2	4	5	6	0,613
	Alguna	177	3,94	1,63	1	3	4	5	6	
P39_Gasto cardíaco	Ninguna	283	3,16	1,72	1	1	3	5	6	0,164
	Alguna	177	3,38	1,67	1	2	3	5	6	
P39_Incontinencia urinaria refleja	Ninguna	283	3,60	1,79	1	2	4	5	6	0,195
	Alguna	177	3,82	1,68	1	2	4	5	6	
P39_Disfunción sexual	Ninguna	283	3,64	1,66	1	2	4	5	6	0,279
	Alguna	177	3,82	1,55	1	3	4	5	6	

### *Correlación con la variable Años de experiencia*

Para conocer la correlación de los Años de experiencia laboral con el resto de variables, se ha empleado el coeficiente de correlación de Spearman puesto que constituye una variable numérica. Del mismo modo, bajo el supuesto de implicar un subyacente latente de variables ordinales continuas, se ha obtenido el coeficiente de correlación Poliserial.

En primer lugar, la percepción de los profesionales sobre NANDA-I no mostró evidencias por las que se pudiera afirmar la existencia de asociación entre las variables, tal como se muestra en la Tabla 113.

**Tabla 113. Años de experiencia y percepción de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Poliserial
P35_Los profesionales la aceptan	460	0,08	0,078	0,09
P40_Significado	460	0,07	0,145	0,07
P40_Realismo	460	0,08	0,073	0,09
P40_Obstaculización	460	0,09	0,05	0,11
P40_Validez	460	0,02	0,653	0,03
P40_Relevancia	460	0,04	0,447	0,06
P40_Gratificación	460	0,04	0,431	0,06
P40_Creatividad	460	0,14	0,002	0,17

A continuación, la correlación con variables relacionadas con los contenidos de NANDA-I. Ninguna correlación resultó significativa debido a que las puntuaciones fueron inferiores a 0,5. No hubo evidencias para afirmar la existencia de asociación entre las variables, tal como se muestra en la Tabla 114.

**Tabla 114. Años de experiencia y contenidos de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Poliserial
P18_DE fundamentados evidencia	460	-0,04	0,354	-0,02
P19_Diseños aportan evidencia	460	-0,11	0,022	-0,09
P20_Contextualiza el cuidado	460	0,04	0,412	0,03
P21_CD relevantes	460	0,05	0,274	0,01
P22_FR y Fr relevantes	460	0,04	0,381	0,03
P23_Etiquetas claras y descriptivas	460	-0,05	0,319	-0,05
P24_Claras-descriptivas CD	460	0,01	0,809	-0,01
P24_Claros-descriptivos FR	460	0,01	0,808	-0,01
P24_Claros-descriptivos Fr	460	0,01	0,769	0
P25_Coherencia interna	460	0	0,932	0
P26_Estructura jerárquica	460	-0,02	0,704	-0,02
P27_Facilita su aprendizaje	460	0,12	0,013	0,12
P28_Conceptos duplicados	460	0,07	0,16	0,07
P29_Código inequívoco	460	-0,13	0,005	-0,12
P30_Sinónimos	460	-0,08	0,103	-0,08
P31_Conceptos mapeados	460	-0,12	0,01	-0,14

Los resultados que dieron respuestas a la adecuación teórica de NANDA-I no han revelado evidencias para afirmar la existencia de asociación entre las variables, tal como se muestra en la Tabla 115.

**Tabla 115. Años de experiencia y adecuación teórica de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Poliserial
P11_DE enfermedades	460	0,06	0,196	0,05
P12_FR enfermedades	460	0,01	0,765	0,01
P13_Concepto persona	460	-0,04	0,361	-0,07
P13_Concepto salud	460	-0,04	0,386	-0,04
P13_Concepto entorno	460	-0,02	0,638	-0,01
P13_Concepto cuidados	460	-0,08	0,085	-0,06
P14_Responsabilidades exclusivas	460	0,05	0,243	0,06
P15_Teorías de Enfermería	460	0,02	0,721	0,03
P16_Conceptos exclusivos	460	0,03	0,496	0,02
P17_Desarrollo académico	460	0,07	0,121	0,07

No se encontraron evidencias para afirmar la existencia de asociación en relación a la aplicabilidad clínica de NANDA-I, tal como se muestra en la Tabla 116.

**Tabla 116. Años de experiencia y aplicabilidad clínica de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Poliserial
P32_Útil	460	0,09	0,043	0,08
P33_Intuitiva	460	0,03	0,466	0,04
P34_Aplica en la práctica asistencial	460	0,09	0,056	0,09
P36_Abstracción	460	0,03	0,458	0,04
P37_Organización del conocimiento	460	0,1	0,032	0,11
P38_Ayuda a decidir cuidados	460	0,08	0,08	0,07
P39_Riesgo de infección	460	0,04	0,397	0,02
P39_Dolor crónico	460	0,04	0,398	0,05
P39_Conocimientos deficientes	460	0,04	0,399	0,03
P39_Riesgo lesión perioperatoria	460	0,06	0,239	0,07
P39_Náuseas	460	0,14	0,002	0,15
P39_Deterioro intercambio gases	460	0,03	0,528	0,04
P39_Intolerancia actividad	460	0,11	0,023	0,11
P39_Insomnio	460	0,08	0,089	0,08
P39_Confusión aguda	460	0,07	0,126	0,07
P39_Riesgo sangrado	460	0,06	0,173	0,05
P39_Ansiedad	460	0,09	0,05	0,09
P39_Diarrea	460	0,12	0,013	0,12
P39_Gasto cardíaco	460	0,03	0,455	0,05
P39_Incontinencia urinaria refleja	460	0,06	0,192	0,07
P39_Disfunción sexual	460	0,12	0,012	0,12

*Correlación con la variable Intensidad de uso de NANDA-I*

La variable Intensidad de uso de NANDA-I estaba conformada por escalas numéricas ordinales, por lo que se ha calculado el coeficiente de correlación de Spearman conjuntamente con la correlación Policórica, con la finalidad de ajustar la estimación. Valores superiores a 0,5 determinaron correlación entre variables.

Los resultados que evaluaron la percepción de los profesionales sobre NANDA-I no mostraron evidencias para afirmar la existencia de asociación entre las variables, tal como se muestra en la Tabla 117.

**Tabla 117. Intensidad de uso y percepción de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Policórica
P35_Los profesionales la aceptan	460	0,37	<0,001	0,40
P40_Significado	460	0,25	<0,001	0,27
P40_Realismo	460	0,23	<0,001	0,26
P40_Obstaculización	460	0,22	<0,001	0,26
P40_Validez	460	0,15	0,001	0,17
P40_Relevancia	460	0,20	<0,001	0,23
P40_Gratificación	460	0,20	<0,001	0,23
P40_Creatividad	460	0,17	<0,001	0,19

Los contenidos de NANDA-I no mostraron correlaciones significativas. De este modo, no se encontraron evidencias para afirmar la existencia de asociación entre las variables, tal como se muestra en la Tabla 118.

**Tabla 118. Intensidad de uso y contenidos de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Policórica
P18_DE fundamentados evidencia	460	0,20	<0,001	0,22
P19_Diseños aportan evidencia	460	0,17	<0,001	0,19
P20_Contextualiza el cuidado	460	0,22	<0,001	0,23
P21_CD relevantes	460	0,34	<0,001	0,38
P22_FR y Fr relevantes	460	0,29	<0,001	0,33
P23_Etiquetas claras y descriptivas	460	0,25	<0,001	0,28
P24_Claras-descriptivas CD	460	0,31	<0,001	0,36
P24_Claros-descriptivos FR	460	0,27	<0,001	0,33
P24_Claros-descriptivos Fr	460	0,26	<0,001	0,32
P25_Coherencia interna	460	0,29	<0,001	0,33
P26_Estructura jerárquica	460	0,30	<0,001	0,34
P27_Facilita su aprendizaje	460	0,29	<0,001	0,32
P28_Conceptos duplicados	460	0,08	0,101	0,08
P29_Código inequívoco	460	0,24	<0,001	0,26
P30_Sinónimos	460	0,11	0,015	0,12
P31_Conceptos mapeados	460	0,09	0,067	0,10

A continuación, los resultados para dar respuestas a la adecuación teórica de NANDA-I. No se encontraron evidencias para afirmar la existencia de asociación entre las variables, tal como se muestra en la Tabla 119.

**Tabla 119. Intensidad de uso y adecuación teórica de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Policórica
P11_DE enfermedades	460	0,12	0,011	0,11
P12_FR enfermedades	460	0,15	<0,001	0,16
P13_Concepto persona	460	0,28	<0,001	0,32
P13_Concepto salud	460	0,30	<0,001	0,33
P13_Concepto entorno	460	0,23	<0,001	0,27
P13_Concepto cuidados	460	0,22	<0,001	0,26
P14_Responsabilidades exclusivas	460	0,34	<0,001	0,38
P15_Teorías de Enfermería	460	0,24	<0,001	0,26
P16_Conceptos exclusivos	460	0,32	<0,001	0,37
P17_Desarrollo académico	460	0,37	<0,001	0,42

Finalmente, se ha determinado la aplicabilidad clínica de NANDA-I. En esta ocasión si se han encontrado evidencias, dado que existió correlación positiva entre

Intensidad de uso de NANDA-I y la que cuestionaba sobre su aplicación en la práctica asistencial, tal como se muestra en la Tabla 120.

**Tabla 120. Intensidad de uso y aplicabilidad clínica de NANDA International**

Variables	n	r-Spearman	p-valor	Correl-Policórica
P32_Útil	460	0,41	<0,001	0,45
P33_Intuitiva	460	0,26	<0,001	0,28
P34_Aplica en la práctica asistencial	460	0,46	<0,001	<b>0,50</b>
P36_Abstracción	460	0,13	0,006	0,15
P37_Organización del conocimiento	460	0,32	<0,001	0,36
P38_Ayuda a decidir cuidados	460	0,32	<0,001	0,36
P39_Riesgo de infección	460	0,09	0,048	0,11
P39_Dolor crónico	460	0,14	0,003	0,16
P39_Conocimientos deficientes	460	0,20	<0,001	0,25
P39_Riesgo lesión perioperatoria	460	0,02	0,632	0,02
P39_Náuseas	460	0,06	0,188	0,06
P39_Deterioro intercambio gases	460	0,06	0,197	0,06
P39_Intolerancia actividad	460	0,07	0,115	0,09
P39_Insomnio	460	0,07	0,124	0,06
P39_Confusión aguda	460	0,07	0,123	0,07
P39_Riesgo sangrado	460	0,02	0,746	0,01
P39_Ansiedad	460	0,11	0,019	0,10
P39_Diarrea	460	0,04	0,34	0,04
P39_Gasto cardíaco	460	0,02	0,712	0,01
P39_Incontinencia urinaria refleja	460	0	0,955	-0,01
P39_Disfunción sexual	460	0,01	0,805	0

Según los resultados, es plausible afirmar que la aplicabilidad asistencial de NANDA-I ha estado determinada por la intensidad con la que los profesionales han hecho uso de los DE.

#### *Correlación con la variable Ámbito laboral*

Se ha procedido a la recodificación en 5 variables categóricas. Por un lado, manteniendo las categorías: “Equipo de Atención Primaria” n=121 (26,3%), “Servicios de Atención Hospitalaria” n=139 (30,22%) y “Gestión” n=48 (10,43%). Por otro lado, unificando las categorías Académico e Investigación en “Académico e Investigación” n=29 (6,3%). Por último, creando una categoría que apilara las respuestas con distintos ámbitos laborales, denominada “Varios ámbitos” n=123 (26,74%). Puesto que Ámbito laboral es una variable cualitativa nominal de tres o

más grupos, tras comprobar que la muestra no siguió una distribución normal con el Test de Shapiro-Wilk ( $<0,001$ ), se ha realizado el test de Kruskal-Wallis.

En relación a los contenidos de NANDA-I, no existieron evidencias para afirmar que las medias de los grupos fueran distintas, tal como se muestra en la Tabla 121.

**Tabla 121. Ámbito laboral y contenidos de NANDA International**

Variables	Ámbito laboral	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P18_DE fundamentados evidencia	Equipo AP	121	4,57	1,28	1	4	5	5	6	0,433
	Servicios AH	139	4,57	1,23	1	4	5	5	6	
	Gestión	48	4,33	1,32	1	4	5	5	6	
	Académico e Investigación	29	4,37	1,29	1	3,5	5	5	6	
	Varios ámbitos	123	4,69	1,2	1	4	5	5	6	
P21_CD relevantes	Equipo AP	121	4,53	1,4	1	4	5	6	6	0,199
	Servicios AH	139	4,51	1,2	1	4	5	5	6	
	Gestión	48	4,52	1,38	1	4	5	5	6	
	Académico e Investigación	29	5,06	0,92	2	5	5	6	6	
	Varios ámbitos	123	4,54	1,15	1	4	5	5	6	
P22_FR y Fr relevantes	Equipo AP	121	4,43	1,32	1	4	5	5	6	0,483
	Servicios AH	139	4,46	1,19	1	4	5	5	6	
	Gestión	48	4,33	1,35	1	4	5	5	6	
	Académico e Investigación	29	4,89	1,01	2	4	5	6	6	
	Varios ámbitos	123	4,51	1,23	1	4	5	5	6	
P23_Etiquetas claras y descriptivas	Equipo AP	121	3,82	1,41	1	3	4	5	6	0,515
	Servicios AH	139	3,91	1,43	1	3	4	5	6	
	Gestión	48	3,6	1,44	1	2	4	5	6	
	Académico e Investigación	29	4,06	1,33	1	3	4	5	6	
	Varios ámbitos	123	3,96	1,37	1	3	4	5	6	

En segundo lugar, los resultados para examinar la adecuación teórica de NANDA-I. La correlación con la pregunta que cuestionaba si algunos de sus diagnósticos pudieran corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades no ha mostrado significación estadística ( $p=0,672$ ), tal como se muestra en la Tabla 122.

**Tabla 122. Ámbito laboral y correspondencia con diagnósticos médicos o enfermedades**

P11_DE enfermedades	Equipo AP	Servicios AH	Gestión	Académico e Investigación	Varios ámbitos	p-valor
N	121	139	48	29	123	0,672
Media	4,57	4,57	4,33	4,37	4,69	
Sd	1,28	1,23	1,32	1,29	1,2	
Min	1	1	1	1	1	
P25	4	4	4	3,5	4	
P50-Me	5	5	5	5	5	
P75	5	5	5	5	5	
Max	6	6	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

A continuación, se determinó la aplicabilidad clínica de NANDA-I. Para ello, se ha establecido correlación con la variable que cuestionó su utilidad ( $p=0,007$ ). En esta ocasión, la significación estadística indicó que, al menos en dos de los grupos, existieron diferencias en la media, tal como se muestra en la Tabla 123.

**Tabla 123. Ámbito laboral y utilidad de NANDA International**

P32 NANDA-I es útil	Equipo AP	Servicios AH	Gestión	Académico e Investigación	Varios ámbitos	p-valor
N	121	139	48	29	123	0,007
Media	4,11	3,99	4,04	5,07	4,08	
Sd	1,62	1,53	1,56	1,03	1,58	
Min	1	1	1	2	1	
P25	3	3	3	5	3	
P50-Me	5	4	4	5	5	
P75	5	5	5	6	5	
Max	6	6	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

Debido al hallazgo de significación estadística en una variable con varios grupos, se ha procedido a realizar comparaciones *post hoc* dos a dos usando el test de corrección de Bonferroni. De esta manera, es posible reducir el nivel de significación y comprobar cuales fueron las categorías entre las que existieron tales diferencias. Se ha comprobado que las diferencias en la media de grupos



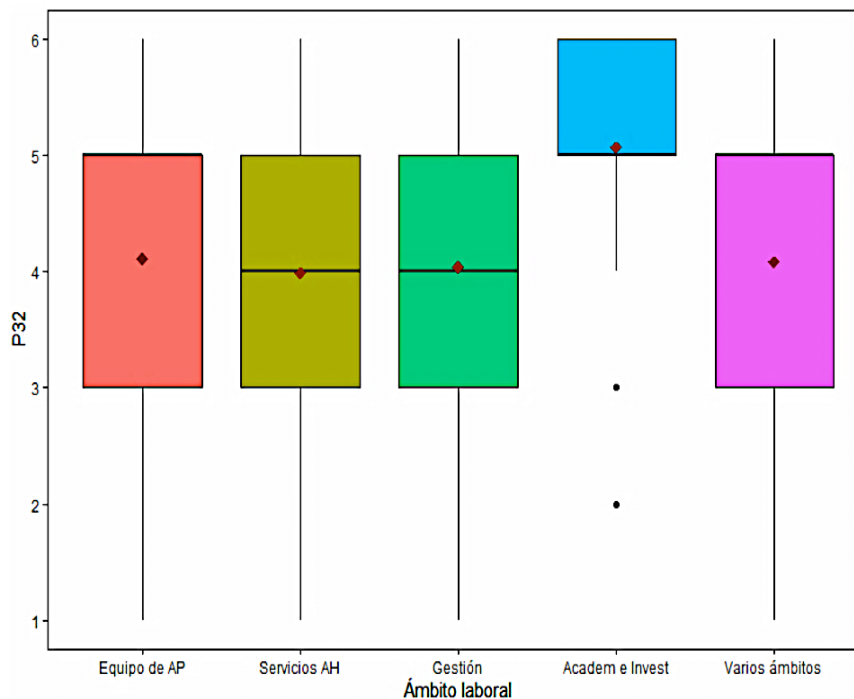
correspondió a la categoría “Académico e Investigación”, la cual resultó significativa en todos los supuestos, tal como se muestra en la Tabla 124.

**Tabla 124. Test de corrección de Bonferroni para el Ámbito laboral**

	Equipo AP	Servicios AH	Gestión	Académico e Investigación	Varios ámbitos
<b>Equipo AP</b>	-	-	-	-	-
<b>Servicios AH</b>	1	-	-	-	-
<b>Gestión</b>	1	1	-	-	-
<b>Académico e Investigación</b>	0,027	0,006	0,048	-	-
<b>Varios ámbitos</b>	1	1	1	0,02	-

Se puede afirmar de forma significativa que el grupo de profesionales correspondientes al Ámbito laboral "Académico e Investigación" se posicionaron mayormente en favor de la utilidad de NANDA-I, lo cual ha quedado claramente reflejado en el diagrama de cajas, tal como puede observarse en el Gráfico 36.

**Gráfico 36. Utilidad de NANDA Internacional en diferentes Ámbitos laborales**



Por el contrario, no hubo significación estadística con la pregunta que cuestionaba si NANDA-I era intuitiva ( $p=0,606$ ), ni con la que abordaba si se aplicaba en la práctica asistencial ( $p=0,949$ ), tal como se muestra en la Tabla 125.

**Tabla 125. Ámbito laboral y aplicabilidad clínica de NANDA International**

Variables	Ámbito laboral	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	P-valor
P_33 Intuitiva	Equipo AP	121	3,44	1,58	1	2	4	5	6	0,626
	Servicios AH	139	3,44	1,47	1	2	4	5	6	
	Gestión	48	3,08	1,49	1	2	3	4	6	
	Académico e Investigación	29	3,52	1,27	1	2	4	4	6	
	Varios ámbitos	123	3,47	1,49	1	2	4	5	6	
P34_Aplica en la práctica asistencial	Equipo AP	121	3,6	1,56	1	2	4	5	6	0,949
	Servicios AH	139	3,53	1,69	1	2	4	5	6	
	Gestión	48	3,5	1,6	1	2	3	5	6	
	Académico e Investigación	29	3,66	1,34	1	3	4	4	6	
	Varios ámbitos	123	3,43	1,63	1	2	4	5	6	

Del mismo modo, no se ha descubierto significación estadística al correlacionar Ámbito laboral con distintos ejemplos de Etiquetas diagnósticas, tal como se muestra en la Tabla 126.

**Tabla 126. Ámbito laboral, Etiquetas diagnósticas y juicio clínico**

Variables	Ámbito laboral	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	P-valor
P39_Riesgo infección	Equipo AP	121	4,99	1,34	1	4	6	6	6	0,567
	Servicios AH	139	4,61	1,69	1	4	5	6	6	
	Gestión	48	4,79	1,65	1	4	6	6	6	
	Académico e Investigación	29	4,52	1,72	1	3	5	6	6	
	Varios ámbitos	123	4,77	1,59	1	4	6	6	6	
P39_Dolor crónico	Equipo AP	121	4,36	1,59	1	3	5	6	6	0,146
	Servicios AH	139	4,07	1,8	1	2	5	6	6	
	Gestión	48	4,1	1,78	1	3	4	6	6	
	Académico e Investigación	29	4,9	1,29	1	4	5	6	6	
	Varios ámbitos	123	4,48	1,6	1	4	5	6	6	

P39_Riesgo lesión postural perioperatoria	Equipo AP	121	4,77	1,43	1	4	5	6	6	0,852
	Servicios AH	139	4,72	1,49	1	4	5	6	6	
	Gestión	48	4,77	1,43	1	4	5	6	6	
	Académico e Investigación	29	5	1,39	1	4	6	6	6	
	Varios ámbitos	123	4,63	1,6	1	3,5	5	6	6	
P39_Náuseas	Equipo AP	121	3,66	1,72	1	2	4	5	6	0,328
	Servicios AH	139	3,6	1,74	1	2	4	5	6	
	Gestión	48	3,98	1,59	1	3	4	5,25	6	
	Académico e Investigación	29	4,1	1,59	1	3	5	5	6	
	Varios ámbitos	123	3,95	1,56	1	3	4	5	6	
P39_Intolerancia actividad	Equipo AP	121	4,72	1,36	1	4	5	6	6	0,281
	Servicios AH	139	4,5	1,58	1	3,5	5	6	6	
	Gestión	48	4,83	1,48	1	4	6	6	6	
	Académico e Investigación	29	5,17	0,93	3	5	5	6	6	
	Varios ámbitos	123	4,76	1,39	1	4	5	6	7	
P39_Confusión aguda	Equipo AP	121	3,76	1,61	1	2	4	5	6	0,323
	Servicios AH	139	3,7	1,75	1	2	4	5	6	
	Gestión	48	3,96	1,69	1	2,75	4	6	6	
	Académico e Investigación	29	4,31	1,42	1	3	5	5	6	
	Varios ámbitos	123	4,02	1,58	1	3	4	5	6	
P39_Riesgo sangrado	Equipo AP	121	4,45	1,58	1	3	5	6	6	0,15
	Servicios AH	139	4,02	1,78	1	2	4	6	6	
	Gestión	48	4,5	1,68	1	3	5	6	6	
	Académico e Investigación	29	3,83	1,87	1	2	4	5	6	
	Varios ámbitos	123	4,29	1,56	1	4	5	6	6	
P39_Ansiedad	Equipo AP	121	4,22	1,52	1	3	4	6	6	0,059
	Servicios AH	139	4,32	1,6	1	3	5	6	6	
	Gestión	48	4,38	1,77	1	3	5	6	6	
	Académico e Investigación	29	4,93	1,31	1	4	5	6	6	
	Varios ámbitos	123	4,66	1,42	1	4	5	6	6	
P39_Diarrea	Equipo AP	121	3,84	1,67	1	2	4	5	6	0,498
	Servicios AH	139	3,69	1,79	1	2	4	5	6	
	Gestión	48	4,06	1,73	1	3	4,5	6	6	
	Académico e Investigación	29	4,21	1,45	2	3	4	6	6	
	Varios ámbitos	123	3,99	1,6	1	3	4	5	6	

P39_Disminución gasto cardíaco	Equipo AP	121	3,22	1,68	1	2	3	5	6	0,261
	Servicios AH	139	3,01	1,69	1	1	3	4	6	
	Gestión	48	3,27	1,7	1	2	3	5	6	
	Académico e Investigación	29	3,28	1,89	1	1	4	5	6	
	Varios ámbitos	123	3,5	1,68	1	2	4	5	6	
P39_Incontinencia urinaria	Equipo AP	121	3,72	1,73	1	2	4	5	6	0,374
	Servicios AH	139	3,46	1,8	1	2	4	5	6	
	Gestión	48	3,79	1,74	1	2	4	5	6	
	Académico e Investigación	29	3,59	1,82	1	2	4	5	6	
	Varios ámbitos	123	3,89	1,71	1	2	4	5	6	
P39_Disfunción sexual	Equipo AP	121	3,76	1,65	1	2	4	5	6	0,271
	Servicios AH	139	3,44	1,71	1	2	4	5	6	
	Gestión	48	3,81	1,61	1	2	4	5	6	
	Académico e Investigación	29	3,86	1,48	1	3	4	5	6	
	Varios ámbitos	123	3,89	1,49	1	3	4	5	6	

Por el contrario, algunas de las Etiquetas diagnósticas si mostraron resultados significativos. Así, “*Conocimientos deficientes*” ( $p=0,037$ ) mostró evidencias para afirmar que las medias de ambos grupos fueran distintas, tal como se muestra en la Tabla 127.

**Tabla 127. Ámbito laboral y Conocimientos deficientes**

P39_Conocimientos deficientes	Equipo AP	Servicios AH	Gestión	Académico e Investigación	Varios ámbitos	p- valor
N	121	139	48	29	123	0,037
Media	5,2	5	5,29	5,79	5,18	
Sd	1,24	1,48	1,3	0,62	1,34	
Min	1	1	1	3	1	
P25	5	5	5	6	5	
P50-Me	6	6	6	6	6	
P75	6	6	6	6	6	
Max	6	6	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

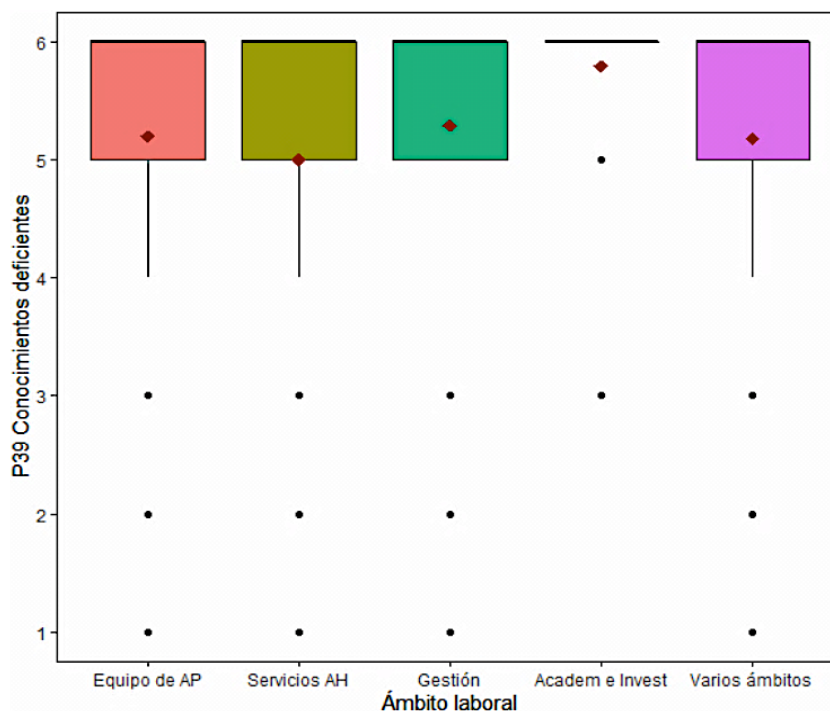
Para reducir el nivel de significación y comprobar entre qué categorías existieron tales diferencias, se ha realizado el test de corrección de Bonferroni. Los resultados mostraron significancia entre las categorías “Académico e investigación” y “Servicios de atención hospitalaria”, tal como se muestra en la Tabla 128.

**Tabla 128. Test de corrección de Bonferroni para Conocimientos deficientes**

	Equipo AP	Servicios AH	Gestión	Académico e Investigación	Varios ámbitos
<b>Equipo de AP</b>	-	-	-	-	-
<b>Servicios AH</b>	1	-	-	-	-
<b>Gestión</b>	1	1	-	-	-
<b>Académico e Investigación</b>	0,302	<b>0,035</b>	1	-	-
<b>Varios ámbitos</b>	1	1	1	0,249	-

Se puede afirmar que la Etiqueta diagnóstica “*Conocimientos deficientes*” fue muy considerada DE en todos los Ámbitos laborales. Los que trabajaban en el ámbito “Académico e investigación” lo estimaron en mayor proporción; mientras que los que trabajaban en “Servicios de atención hospitalaria” en menor medida, tal como puede observarse en el Gráfico 37.

**Gráfico 37. Ámbito laboral y Conocimientos deficientes**



Del mismo modo, la Etiqueta diagnóstica “*Deterioro del intercambio de gases*” ( $p=0,01$ ) mostró evidencias para afirmar la diferencia de medias entre grupos, tal como se muestra en la Tabla 129.

**Tabla 129. Ámbito laboral y Deterioro del intercambio de gases**

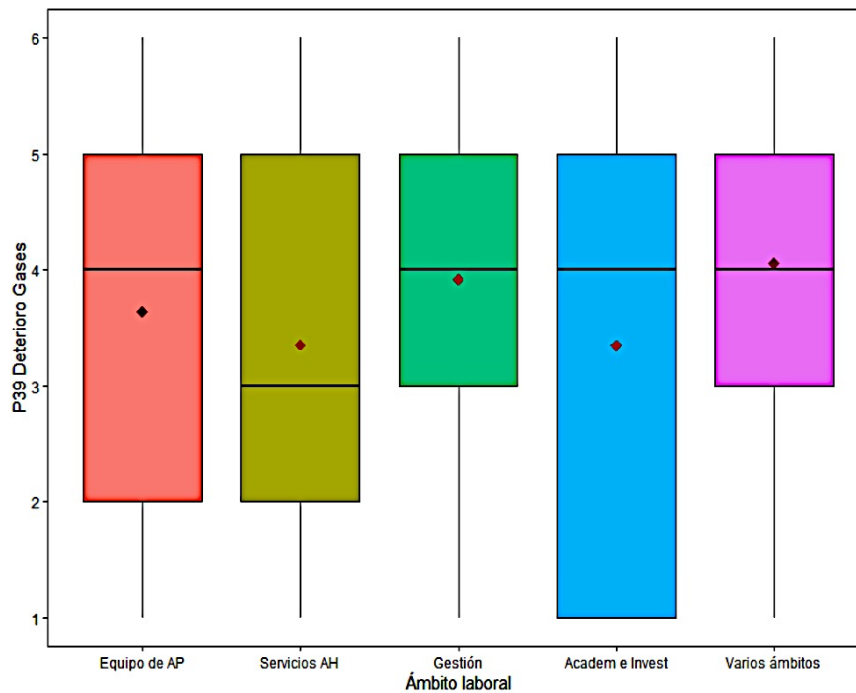
P39_Deterioro intercambio gases	Equipo de AP	Servicios AH	Gestión	Académico e Investigación	Varios ámbitos	p-valor
N	121	139	48	29	123	0,01
Media	3,64	3,35	3,92	3,34	4,06	
Sd	1,58	1,72	1,56	1,8	1,58	
Min	1	1	1	1	1	
P25	2	2	3	1	3	
P50-Me	4	3	4	4	4	
P75	5	5	5	5	5	
Max	6	6	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	

Para reducir el nivel de significación y comprobar las diferencias entre grupos, se ha realizado el test de corrección de Bonferroni, según se muestra en la Tabla 130.

**Tabla 130. Test de corrección de Bonferroni para Deterioro del intercambio de gases**

	Equipo de AP	Servicios AH	Gestión	Académico e Investigador	Varios ámbitos
<b>Equipo de AP</b>	-	-	-	-	-
<b>Servicios AH</b>	1	-	-	-	-
<b>Gestión</b>	1	0,400	-	-	-
<b>Académico e Investigación</b>	1	1	1	-	-
<b>Varios ámbitos</b>	0,453	<b>0,006</b>	1	0,356	-

Los distintos grupos de profesionales mantuvieron disparidad de opinión acerca de la Etiqueta diagnóstica “*Deterioro del intercambio de gases*”. No obstante, los que trabajaban en los “Servicios de atención hospitalaria” consideraron de forma significativa que no correspondió con un DE, principalmente en relación a los profesionales que compaginaban su actividad en “Varios ámbitos” laborales, tal como se observa en el Gráfico 38.

**Gráfico 38. Ámbito laboral y Deterioro del intercambio de gases**

En última instancia, la Etiqueta diagnóstica “*Insomnio*” ( $p=0,048$ ) igualmente mostró diferencias significativas, tal como se muestra en la Tabla 131.

**Tabla 131. Ámbito laboral e Insomnio**

P39_Insomnio	Equipo de AP	Servicios AH	Gestión	Académico e Investigación	Varios ámbitos	p-valor
N	121	139	48	29	123	0,048
Media	4,05	4,09	4,12	4,9	4,43	
Sd	1,56	1,61	1,68	1,18	1,43	
Min	1	1	1	2	1	
P25	3	3	3	4	3,5	
P50-Me	4	4	4	5	5	
P75	5	6	6	6	6	
Max	6	6	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

Nuevamente, se ha realizado el test de corrección de Bonferroni para comprobar la significancia entre grupos.

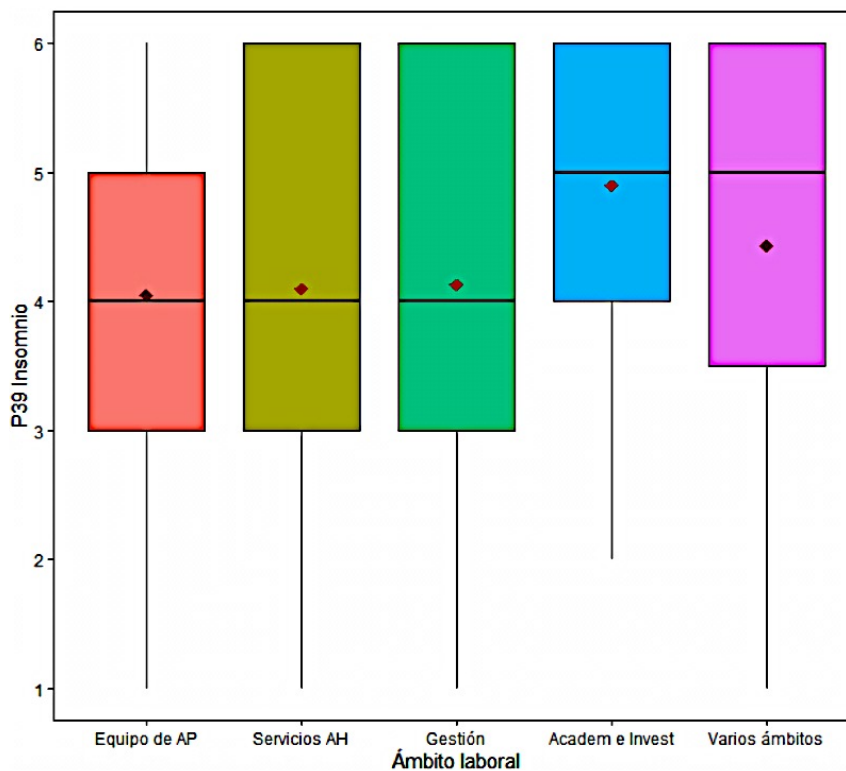
En esta ocasión, las diferencias observadas entre los que trabajaban en “Equipo de AP” y ámbito “Académico e investigación” no llegaron a ser significativas, debido a que los p-valores han sido penalizados por la corrección de Bonferroni, tal como se muestra en la Tabla 132.

**Tabla 132. Test de corrección de Bonferroni para el Insomnio**

	Equipo de AP	Servicios AH	Gestión	Académico e Investigación	Varios ámbitos
<b>Equipo de AP</b>	-	-	-	-	-
<b>Servicios AH</b>	1	-	-	-	-
<b>Gestión</b>	1	1	-	-	-
<b>Académico e Investigación</b>	0,087	0,14	0,48	-	-
<b>Varios ámbitos</b>	0,628	1	1	1	-

Para verificar visualmente estos resultados, ha sido elaborada su representación mediante diagramas de cajas, tal como se observa en el Gráfico 39.

**Gráfico 39. Ámbito laboral e Insomnio**





### Correlación con la variable Función laboral

Con la finalidad de buscar significancia estadística se ha recodificado la variable en 4 categorías de análisis. En primer lugar se ha conservado la categoría “Asistencial”  $n=227$  (49,35%). Se han unificado las categorías “Docente e Investigador”  $n=47$  (10,22%) y “Supervisión y Dirección”  $n=55$  (11,96%); por último, se ha creado la variable “Varias funciones”  $n=131$  (28,48%) que agrupa combinaciones con funciones laborales diferentes. Las nuevas categorías recodificadas, han sido correlacionadas con variables de interés.

En primer lugar, los resultados que dieron respuestas a la percepción sobre NANDA-I, para comprobar la aceptación que tienen los profesionales de NANDA-I, atendiendo a su Función laboral. No se ha encontrado significación estadística al establecer correlación entre Función laboral y la variable que cuestionaba si los profesionales aceptaban NANDA-I ( $p=0,348$ ), tal como se muestra en la Tabla 133.

**Tabla 133. Función laboral y aceptación de NANDA International**

Variables	Función laboral	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	P-valor
P35_Los profesionales la aceptan	Asistencial	227	3,21	1,49	1	2	3	4	6	0,348
	Docente e Investigador	47	2,94	1,44	1	2	2	4	6	
	Supervisión y Dirección	55	2,89	1,42	1	2	3	4	6	
	Varias funciones	131	3,01	1,54	1	2	3	4	6	

A continuación, correlación con las variables que midieron las actitudes ante el DE. En relación a la Función laboral, no existió significación estadística en 6 de ellas, tales como: *Realismo* ( $p=0,086$ ), *Obstaculización* ( $p=0,224$ ), *Validez* ( $p=0,323$ ), *Relevancia* ( $p=0,279$ ), *Gratificación* ( $p=0,176$ ) ni *Creatividad* ( $p=0,26$ ), tal como se muestra en la Tabla 134.

**Tabla 134. Función laboral y actitudes hacia el Diagnóstico enfermero**

Variables	Función laboral	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P40_Realismo	Asistencial	227	3,82	1,25	1	3	4	5	6	0,086
	Docente e Investigador	47	4	3,45	1	3	4	5	6	
	Supervisión y Dirección	55	3,45	1,18	1	2	4	4	6	
	Varias funciones	131	3,85	1,45	1	3	4	5	6	
P40_Obstaculización	Asistencial	227	3,75	1,29	1	3	4	5	6	0,224
	Docente e Investigador	47	3,98	1,34	1	3	4	5	6	
	Supervisión y Dirección	55	3,47	1,29	1	2	3	4	6	
	Varias funciones	131	3,78	1,39	1	3	4	5	6	
P40_Validez	Asistencial	227	3,99	1,26	1	3	4	5	6	0,323
	Docente e Investigador	47	3,98	1,33	1	3	4	5	6	
	Supervisión y Dirección	55	3,71	1,24	1	3	4	4	6	
	Varias funciones	131	4,03	1,34	1	3	4	5	6	
P40_Relevancia	Asistencial	227	3,89	1,34	1	3	4	5	6	0,279
	Docente e Investigador	47	4,13	1,33	1	3	4	5	6	
	Supervisión y Dirección	55	3,71	1,3	1	3	4	5	6	
	Varias funciones	131	4,02	1,42	1	3	4	5	6	
P40_Gratificación	Asistencial	227	3,74	1,3	1	3	4	5	6	0,176
	Docente e Investigador	47	4	1,35	1	3	4	5	6	
	Supervisión y Dirección	55	3,45	1,33	1	2	4	4	6	
	Varias funciones	131	3,81	1,35	1	3	4	5	6	
P40_Creatividad	Asistencial	227	3,51	1,44	1	3	4	4,5	6	0,26
	Docente e Investigador	47	3,89	1,45	1	3	4	5	6	
	Supervisión y Dirección	55	3,65	1,16	1	3	4	5	6	
	Varias funciones	131	3,73	1,35	1	3	4	5	6	

La única de las actitudes que mostró significación estadística correspondió con *Significado* ( $p=0,006$ ), tal como se muestra en la Tabla 135.

**Tabla 135. Asociación de la Función laboral con la actitud Significado**

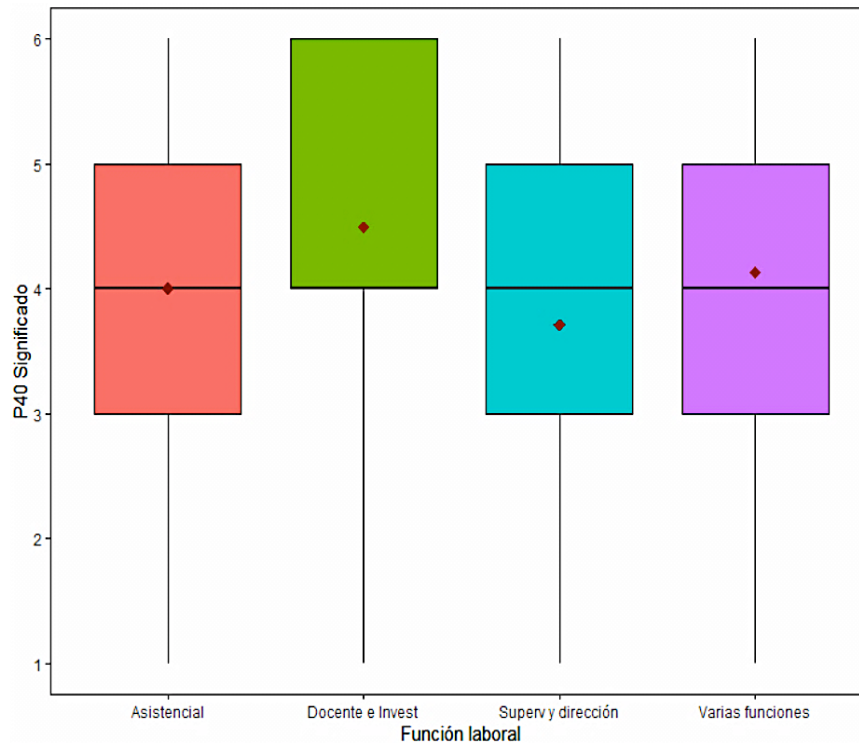
P40_Significado	Asistencial	Docente e Investigador	Supervisión y Dirección	Varias funciones	p-valor
N	227	47	55	131	0,006
Media	4	4,49	3,71	4,13	
Sd	1,22	1,27	1,23	1,45	
Min	1	1	1	1	
P25	3	4	3	3	
P50-Me	4	4	4	4	
P75	5	6	5	5	
Max	6	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	

Nuevamente, el análisis *post hoc* con el test de corrección de Bonferroni permitió comprobar la media entre grupos; las diferencias significativas correspondieron a los grupos “Docente e Investigador” y “Supervisión y Dirección”, tal como se muestra en la Tabla 136.

**Tabla 136. Test de corrección de Bonferroni para la actitud Significado**

	Asistencial	Docente e Investigador	Supervisión y dirección	Varias funciones
<b>Asistencial</b>	-	-	-	-
<b>Docente e Investigador</b>	0,072	-	-	-
<b>Supervisión y Dirección</b>	0,96	<b>0,012</b>	-	-
<b>Varias funciones</b>	0,58	1	0,085	-

En el diagrama de cajas se puede comprobar que el grupo de profesionales con perfil “Docente e Investigador” determinaron mayor significado al DE. Por el contrario, los que tenían funciones de “Supervisión y Dirección” dispusieron menor significado al DE, tal como se observa en el Gráfico 40.

**Gráfico 40. Función laboral y Significado del Diagnóstico enfermero**

En segundo lugar, los contenidos de NANDA-I. No ha habido significación estadística en la correlación con la variable que cuestionaba acerca de sinónimos entre NANDA-I y otros sistemas terminológicos ( $p=0,546$ ). No existió significación acerca de mapeo conceptual entre clasificaciones ( $p=0,813$ ). Según estos resultados, no existieron evidencias para afirmar que las medias de ambos grupos fueran distintas, tal como se muestra en la Tabla 137.

**Tabla 137. Función laboral y contenidos de NANDA International**

Variables	Función laboral	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	P-valor
P30_Sinónimos	Asistencial	227	3,91	1,2	1	3	4	5	6	0,546
	Docente e Investigador	47	4	1,29	1	3,5	4	5	6	
	Supervisión y Dirección	55	4,02	1,37	1	3	5	5	6	
	Varias funciones	131	4,06	1,23	1	3	4	5	6	
P31_Conceptos	Asistencial	227	3,81	1,19	1	3	4	5	6	0,813

mapeados	Docente e Investigador	47	3,7	1,52	1	2	4	5	6
	Supervisión y Dirección	55	3,71	1,54	1	2	4	5	6
	Varias funciones	131	3,9	1,22	1	3	4	5	6

A continuación, los resultados para examinar la adecuación teórica de NANDA-I en relación a la autonomía enfermera. Se ha establecido correlación con la variable que cuestionó si usar NANDA-I era una condición obligada para realizar los cuidados que implicaban responsabilidades exclusivas ( $p=0,044$ ). En esta ocasión, resultó estadísticamente significativo, tal como se muestra en la Tabla 138.

**Tabla 138. Función laboral y responsabilidades exclusivas**

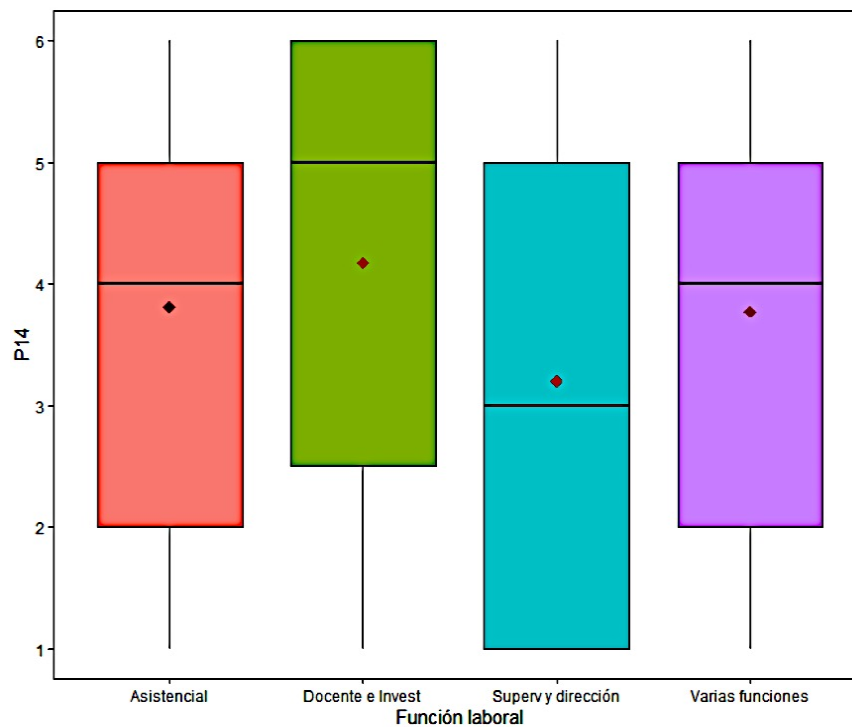
P14_Responsabilidades exclusivas	Asistencial	Docente e Investigador	Supervisión y Dirección	Varias funciones	p-valor
N	227	47	55	131	0,044
Media	3,81	4,17	3,2	3,77	
Sd	1,76	1,8	1,84	1,85	
Min	1	1	1	1	
P25	2	2,5	1	2	
P50-Me	4	5	3	4	
P75	5	6	5	5	
Max	6	6	6	6	
Test de Shapiro-Wilk	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

Debido al hallazgo de significación estadística en una variable con varios grupos, nuevamente se ha procedido a realizar comparaciones *post hoc* con el test de corrección de Bonferroni para comprobar las diferencias en la media entre grupos. En esta ocasión, la categoría “Académico e Investigación” resultó significativa en relación a la categoría al grupo “Supervisión y Dirección”, tal como se muestra en la Tabla 139.

**Tabla 139. Test de corrección de Bonferroni para responsabilidades exclusivas con el uso de NANDA International**

	Asistencial	Docente e Investigador	Supervisión y Dirección	Varias funciones
Asistencial	-	-	-	-
Docente e Investigador	1	-	-	-
Supervisión y Dirección	0,17	<b>0,034</b>	-	-
Varias funciones	1	1	0,279	-

En esta ocasión, en el diagrama de cajas se puede comprobar que el grupo de profesionales con Función laboral “Docente e investigador” mostró diferencias significativas con el de “Supervisión y Dirección”. Los primeros consideraron que usar NANDA-I era una condición obligada para la prescripción de cuidados en el contexto de las competencias enfermeras autónomas. Por el contrario, los gestores juzgaron que proporcionar cuidados con autonomía disciplinar no obligaba, necesariamente, a usar etiqueta diagnóstica enfermera de forma previa, tal como se observa en el Gráfico 41.

**Gráfico 41. Función laboral, uso de NANDA International y competencia enfermera**

Por el contrario, no existió significación estadística al preguntar si NANDA-I representaba e identificaba las teorías de Enfermería ( $p=0,255$ ); ni con la que cuestionaba si NANDA-I favorecía el desarrollo de conceptos en el ámbito de conocimientos exclusivos de la disciplina ( $p=0,139$ ), tal como se muestra en la Tabla 140.

**Tabla 140. Función laboral, teorías de Enfermería y conceptos exclusivos**

Variables	Función laboral	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P15_Teorías de Enfermería	Asistencial	227	3,78	1,42	1	3	4	5	6	0,255
	Docente e Investigador	47	3,43	1,35	1	2	4	5	5	
	Supervisión y Dirección	55	3,45	1,41	1	2	4	5	6	
	Varias funciones	131	3,58	1,5	1	2	4	5	6	
P16_Conceptos exclusivos	Asistencial	227	4,37	1,33	1	4	5	5	6	0,139
	Docente e Investigador	47	4,26	1,63	1	2	5	6	6	
	Supervisión y Dirección	55	3,84	1,64	1	2,5	4	5	6	
	Varias funciones	131	4,4	1,41	1	4	5	5	6	

En relación a las respuestas para determinar la aplicabilidad clínica de NANDA-I, se ha encontrado evidencias para afirmar que las medias entre ambos grupos fueron distintas, tanto al correlacionarla con la que cuestionaba si NANDA-I era útil ( $p=0,033$ ), como acerca de su intuitividad ( $p=0,033$ ), tal como se muestra en la Tabla 141.

**Tabla 141. Función laboral y utilidad e intuitividad de NANDA International**

Variables	Función laboral	N	Media	Sd	Min	P25	Me	P75	Max	p-valor
P32_Útil	Asistencial	227	4,06	1,55	1	3	5	5	6	0,033
	Docente e Investigador	47	4,57	1,34	1	4	5	6	6	
	Supervisión y Dirección	55	3,71	1,66	1	2	4	5	6	
	Varias funciones	131	4,22	1,55	1	4	5	5	6	
P33_Intuitiva	Asistencial	227	3,48	1,47	1	2	4	5	6	0,033
	Docente e Investigador	47	3,3	1,33	1	2	4	4	6	
	Supervisión y Dirección	55	2,89	1,52	1	1	3	4	6	
	Varias funciones	131	3,57	1,52	1	2	4	5	6	

Estos hallazgos significativos entrañan nuevas comparaciones *post hoc* con el test de corrección de Bonferroni para comprobar las diferencias entre cada uno de los grupos.

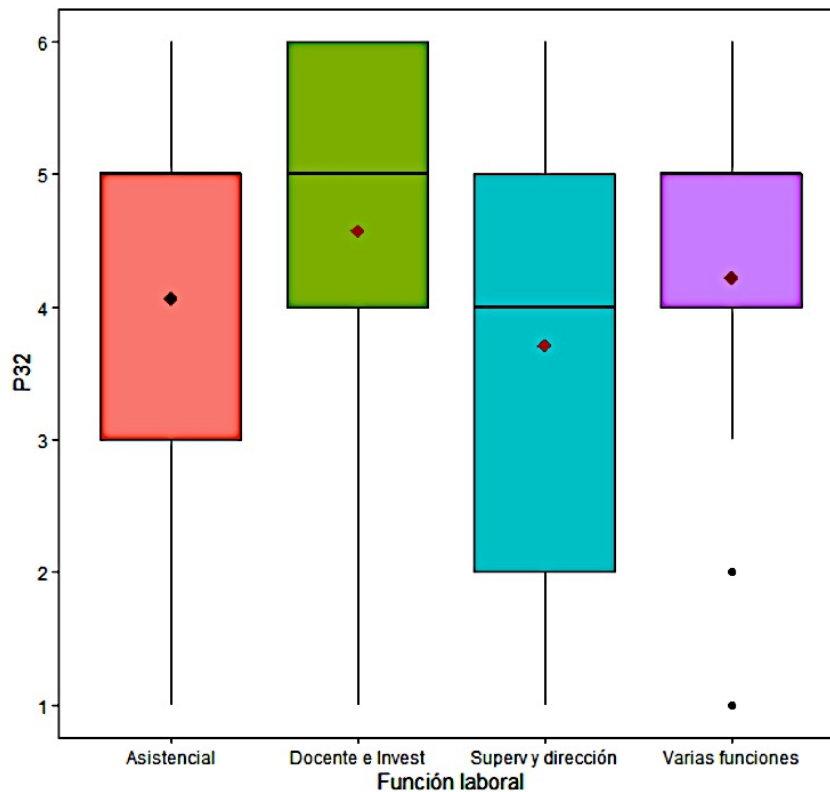
En relación a la utilidad de NANDA-I, resultó significativa la correlación entre las categorías “Supervisión y Dirección” y “Docente e Investigador”, tal como se muestra en la Tabla 142.

**Tabla 142. Test de corrección de Bonferroni para la utilidad de NANDA International**

	Asistencial	Docente e Investigador	Supervisión y Dirección	Varias funciones
<b>Asistencial</b>	-	-	-	-
<b>Docente e Investigador</b>	0,218	-	-	-
<b>Supervisión y Dirección</b>	0,976	<b>0,036</b>	-	-
<b>Varias funciones</b>	1	1	0,244	-

Con el diagrama de cajas se ha comprobado que los profesionales de la categoría “Docente e Investigador” enjuiciaron mayor utilidad de NANDA-I que la categoría “Supervisión y Dirección”, los cuales dictaminaron que la clasificación diagnóstica era poco útil, tal como se observa en el Gráfico 42.



**Gráfico 42. Función laboral y Utilidad de NANDA International**

La intuitividad de NANDA-I, resultó significativa para el grupo de profesionales con funciones de “Supervisión y Dirección”, tal como se muestra en la Tabla 143.

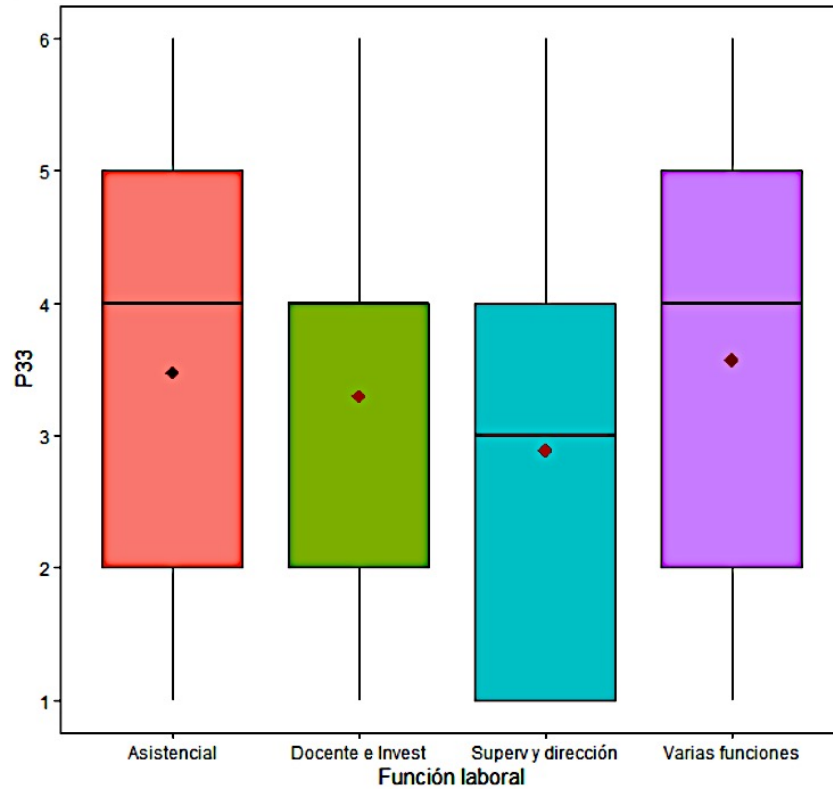
**Tabla 143. Test de corrección de Bonferroni para la intuitividad de NANDA International**

	Asistencial	Docente e Investigador	Supervisión y Dirección	Varias funciones
Asistencial	-	-	-	-
Docente e Investigador	1	-	-	-
Supervisión y Dirección	0,071	1	-	-
Varias funciones	1	1	<b>0,027</b>	-

En el diagrama de cajas se ha comprobado que para los supervisores y directores NANDA-I era mucho menos intuitiva que el resto de grupos; sobretodo en relación

a los que combinaban distintas funciones laborales, tal como se observa en el Gráfico 43.

**Gráfico 43. Función laboral e Intuitividad de NANDA International**





**PARTE IV:  
DISCUSIÓN Y  
CONCLUSIONES**



## PARTE IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

En esta parte se ha realizado la discusión de la investigación, asimismo se expondrán las limitaciones del estudio, la aplicación práctica de la investigación, las conclusiones y las líneas futuras de trabajo.

### 17. Discusión

La discusión muestra una doble vertiente. En primer lugar, sobre el proceso de la investigación y a continuación sobre los resultados alcanzados de acuerdo a los objetivos planteados.

#### 17.1. Análisis del proceso de investigación

A continuación, se desarrolla una discusión interna y externa sobre las experiencias y los pasos más destacados en cada fase del proceso de investigación.

En la actualidad, diversos autores defienden la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas debido al valor añadido que aporta el abordaje a la realidad de un fenómeno desde ambos enfoques, fundamentados en los propios paradigmas que los sustentan (Cabrero García & Richard Martínez, 1996; Guerrero-Castañeda et al., 2016; Ugalde-Binda & Balbastre-Benavent, 2013).

De esta manera el conocimiento cuantitativo puede asentarse sobre bases cualitativas, puesto que toda medición empírica se haya fundada en las innumerables suposiciones cualitativas acerca del instrumento de medida y de la realidad evaluada (Mariscal, 2006).

Desde la concepción inicial se ha planteado una aproximación integradora de la complejidad del objeto de estudio que exige analizar los distintos artefactos y personas que intervienen en su proceso para conocer en profundidad las implicaciones que tienen en la investigación. En este sentido, con la finalidad de favorecer su operatividad se ha estructurado el diseño metodológico en tres fases. Esta circunstancia queda plasmada en el mismo marco teórico, para el que ha sido preciso una extensa aproximación a la autonomía científica de las enfermeras en relación a la competencia diagnóstica; haciendo uso de una terminología efectiva y soberana que posibilite la comunicación rigurosa en el contexto de equipos

multidisciplinares de diferentes niveles asistenciales, con los distintos sistemas clasificatorios y taxonómicos a su alcance.

Una primera publicación derivada de la tesis doctoral ha expuesto, en formato de cartas al director (Rodríguez-Suárez et al., 2020), la problemática que tiene la segmentación del sistema sanitario para la continuidad asistencial, argumentando circunstancias tanto intrínsecas como extrínsecas para la adecuada coordinación entre instituciones y profesionales.

Para conocer la situación de partida se ha llevado a cabo un análisis descriptivo, por un lado de los contenidos de la edición 2015-2017 de NANDA-I y por otro los ICE efectuados en el CHUIMI. Ambas tareas conciernen al análisis de datos obtenidos a partir de documentos de texto, exigiendo un gran esfuerzo y tiempo para su extracción ordenada.

En relación a los ICE, para determinar las variables de estudio se ha tenido en cuenta, tal como señala el marco teórico, distintos artefactos de la literatura científica desarrollados para evaluar la información disponible en los bancos de datos sobre documentación clínica enfermera (Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011). Algunas de estas herramientas prestan especial interés al contenido o la estructura de los DE, mientras que otras lo hacen sobre el DE como proceso. Instrumentos, tales como D-Catch, han permitido conocer que aproximadamente el 94% de los DE se relacionan con Etiquetas diagnósticas NANDA-I (Paans & Müller-Staub, 2015).

La principal dificultad derivada del análisis de estos ICE radicó en el proceso automatizado para la descarga de sus contenidos, puesto que se trata de datos cualitativos no estructurados que agregan diferentes variables clínicas en una misma celda. De esta manera, se encontraron conjuntamente etiquetas de diagnósticos activos y etiquetas de diagnósticos resueltos con sus respectivas CD y FR/Fr, o los PC junto a sus etiologías. Esta circunstancia exigió la revisión minuciosa y manual de la tabla de datos. Así, partiendo del tamaño muestral preestablecido, la matriz de datos se vio incrementada exponencialmente, multiplicando el resultado final, principalmente en relación a los diagnósticos activos, con sus correspondientes FR/Fr y CD.

En este sentido, a modo de pilotaje, se realizó previamente un estudio con el que se analizaron ICE validados en el mismo hospital, que concluyó con una segunda publicación científica (Rodríguez-Suárez, Hernández-y-de-Luis, & Mariscal-Crespo, 2020).

A esta particularidad, durante el proceso de análisis, se encadenó otro período dedicado a clasificar los contenidos de la edición 2015-2017 de NANDA-I en sendas tablas de datos. Parte de este trabajo ha dado como resultado una tercera publicación vinculada a las tesis (Rodríguez-Suárez, Hernández-y-de-Luis, & Mariscal-Crespo, 2019).

En relación al uso de metodología cualitativa, desde la perspectiva de los expertos se ha proporcionado una aproximación al desarrollo, aplicación y evaluación de los DE, tanto en la práctica clínica como desde el punto de vista académico. Con particular interés en NANDA-I, han sido consideradas las implicaciones del uso conceptual de otros sistemas clasificatorios, tales como CIPE en el contexto de Portugal.

Esta segunda fase de la investigación ha sido especialmente laboriosa debido a los inconvenientes para identificar expertos. La condición de experto en el ámbito de los lenguajes enfermeros puede entrañar un perfil desviado de la población generalizada de profesionales, lo que podría justificar los contrastes observados entre resultados cualitativos y cuantitativos.

Las limitaciones derivadas de la separación geográfica con estos expertos fueron solventadas mediante entrevistas a través de videoconferencia. En el contexto internacional, estas dificultades territoriales fueron superadas mediante una estancia de investigación de tres meses. En ambos entornos se debe resaltar la colaboración de los informantes durante todo el proceso. Este arduo trabajo de campo culminó con la transcripción y categorización de cuantiosa información, a partir de la que pudieron fundamentarse los aspectos teóricos de las sucesivas etapas de investigación, entre las que destacan el desarrollo y validación del instrumento de medida.

La tercera fase de la investigación estuvo marcada por el desarrollo y validación de EVALUAN-I, debido a la ausencia de instrumentos ajustados al interés de nuestro

objeto de estudio. Todo ello se debe a que los instrumentos disponibles en la literatura, expuestos en el marco teórico, centran su atención en la evaluación de la aplicación clínica de los DE. Por el contrario, no valoran aspectos de la clasificación NANDA-I tales como los epistemológicos, ontológicos o teleológicos vinculados a nuestros objetivos específicos.

## **17.2. Características de la muestra**

Este apartado se centra en la discusión de los resultados descriptivos obtenidos en cada una de las poblaciones de estudio. La heterogeneidad de la naturaleza de las distintas poblaciones sugiere estructurar su análisis.

### **17.2.1. Informes de Cuidados**

Las dificultades metodológicas para el acceso a los registros en los distintos Hospitales de Canarias, así como en el contexto español, supuso restringir al CHUIMI la población de ICE estudiados; esta circunstancia podría entrañar un sesgo de selección (Alvarado Orellana, 2014) que pudiera sobreestimar la representatividad de los resultados en relación a los ICE realizados en otros contextos.

En primer lugar, se ha señalado que la media de días de hospitalización es similar al tiempo transcurrido entre la apertura y validación del ICE. Esta circunstancia parece indicar que, como norma general, el informe está siendo cumplimentado desde el inicio de la hospitalización del paciente. No obstante, el ICE es un documento de texto que se provee de información a partir de indicadores predefinidos en los distintos formularios de valoración enfermera; de manera que, una vez abierto el documento de texto, no recupera nueva información sobre la valoración y seguimiento.

De forma paradójica, los ICE destinados a cumplimentarse en casos de pacientes con criterios de fragilidad sociosanitaria fueron creados y validados en la misma fecha. En relación a este modelo de ICE, su escasa proporción parece indicar que su utilización es insuficiente, máxime si se considera la complejidad de determinados procesos clínicos que motivaron la hospitalización, tales como accidentes cerebro vasculares y neoplasias de distinta índole. Todo ello, sin tener en cuenta además



las particularidades sociodemográficas que pudieran presentarse en una muestra de población con una media de edad superior a los 50 años.

En otro orden, el hecho de que partiendo de una población de 20.856 casos solo hayan estado ajustados a criterios de inclusión 10.268 ICE expone la importante cifra de informes en los que no se incorpora terminología estandarizada. Häyrinen y colaboradores (2010) observaron resultados similares en relación a la falta de terminología estandarizada tras evaluar los registros enfermeros en Finlandia, concluyendo la necesidad de mejorar el registro sobre el PE. Igualmente, Mateos-García (2017) expuso la existencia de variabilidad en la calidad de los registros; en su estudio, el 52% de los DE no estaban argumentados desde una valoración adecuada y solo el 45% de los ICE mostraron recomendaciones adaptadas a las necesidades de los pacientes. Gjevjon & Hellesø (2010) señalaron falta de exhaustividad y hasta un 70% de subjetividad en los registros electrónicos realizados por las enfermeras. A esta circunstancia, se une la heterogeneidad en el lenguaje empleado (Gomes et al., 2016), así como el infrarregistro de los problemas identificados, de la planificación y de las intervenciones realizadas. No obstante, una revisión sistemática realizada por Johnson, Edward & Giandinoto (2018) ha mostrado que el uso de lenguajes estandarizados favorece la integración de la documentación aportada por las enfermeras en los sistemas de información.

Las situaciones en las que los registros enfermeros son adecuados constituyen auténticos predictores de la evolución del estado de salud de las personas. En este orden, D'Agostino y colaboradores (2017) indicaron perfecta correlación entre el número de DE registrados al paciente, el tiempo de estancia hospitalaria y la tasa de mortalidad ( $\rho=1,00$ ;  $p<0,001$ ), dejando constancia de la relación entre el número de diagnósticos registrados y la complejidad del proceso asistencial. Como concluyen estos autores, es necesario abordar esta multivariabilidad en el paciente. Un estudio realizado en Canarias, relativo a los registros de las enfermeras en AP (Company-Sancho et al., 2017), concluyeron que los DE pueden elevar la capacidad explicativa del uso de recursos sanitarios. Según estos autores, el gasto aumentó de forma significativa en presencia de DE ( $\rho=0,37$ ), explicando la variabilidad logarítmica de los costes totales hasta un 19,77% ( $R^2=0,1977$ ). Los

autores de este estudio concluyeron que la presencia de DE podría elevar la capacidad explicativa del uso de los recursos sanitarios. No obstante, como bien señalan, habrá que analizar la efectividad que tienen las intervenciones en los resultados de salud de los individuos.

En otro orden de cosas, en los ICE se solicitaba explicitar el modelo teórico enfermero empleado durante el proceso asistencial. Así, el 96% de profesionales no dejaron constancia de modelos enfermeros, lo que podría sugerir una práctica clínica alejada de preceptos teóricos vinculados a los fundamentos disciplinares de la Enfermería. En este orden, según López-Parra y colaboradores (2006), a menudo los modelos y teorías de Enfermería son relegados debido a su complejidad y desconocimiento. Esta misma circunstancia fue subrayada por Santos (2014) al exponer que solo el 23% de los profesionales rigen su práctica asistencial en un modelo teórico, frente a un 62% de estudiantes ( $p < 0,01$ ). Esta autora concluye un marcado pragmatismo así como ausencia de autocrítica personal causada por la innecesariedad de fundamentar la práctica profesional en conocimiento propio unido a la falta de reconocimiento disciplinar, como principales factores limitantes.

Continuando con esta línea reflexiva, Mínguez-Moreno (2016) profundizó en los aspectos relacionados con el desarrollo histórico de la Enfermería en España; todo ello, con la finalidad de aproximar una explicación sobre el distanciamiento entre teoría y práctica. Según esta autora, el discurso teorizador sobre la profesión (perfil enfermero sociocrítico-hermenéutico) dista del acontecido cuando se habla sobre su cotidianeidad (perfil enfermero racional-tecnológico), siendo prioritario favorecer una concordancia que permita el acercamiento entre teoría y práctica para reconciliar este discurso, requiriéndose un cambio paradigmático que se distancie del positivismo. En este sentido, continúa Mínguez-Moreno, todavía es necesario modificar las características estructurales del sistema de salud (influencias macro) obstaculizadoras de la autonomía de las enfermeras, así como las culturas organizacionales (influencias micro) que condicionan el quehacer enfermero. Del mismo modo, Rodrigo-Pedrosa (2017) concluyó que las enfermeras españolas no han podido integrar en su práctica profesional un modelo de “*cuidado*

*centrado en la persona*” alineado con las teorías y modelos enfermeros angloamericanos. Por el contrario, continúa esta autora, se mantiene un enfoque de *“cuidado centrado en la enfermedad”*, que parece dar una respuesta más adaptada a las necesidades de los sistemas sanitarios.

Con respecto al número de DE registrados en los ICE, existe una importante diferencia entre los diagnósticos activos en el momento del ingreso o al alta hospitalaria y los resueltos durante la estancia hospitalaria, lo que implica menos del 5% de capacidad resolutive. Del mismo modo, si consideramos de forma aislada los diagnósticos focalizados en un problema, solo fue resuelto el 3% de los problemas reales.

En este mismo orden, atendiendo a la tipología diagnóstica, la mayoría de DE activos conciernen a la tipología de *focalizados en el problema y de riesgo*, mientras que los diagnósticos de *promoción de la salud* son escasos. En relación a los DE resueltos, la mayor proporción recae en la tipología *de riesgo*, lo que parece indicar que, en mayor medida, las enfermeras hacen constar la resolución de problemas correspondientes a esta tipología. Por otro lado, la identificación de situaciones en las que está implícita la promoción de la salud queda relegada al último plano, tanto entre los DE activos como entre los resueltos.

Más de la mitad de estos DE se agrupan en torno al Dominio 11 (Seguridad/Protección) y al Dominio 4 (Actividad/Reposo). En el primero predominan las Etiquetas diagnósticas: *Riesgo de infección, Riesgo de sangrado y Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*; en el segundo: *Deterioro de la movilidad física, Déficit de autocuidado* tanto para el baño como para uso del inodoro e *intolerancia a la actividad*. Por otro lado, *Dolor agudo* es una Etiqueta diagnóstica bastante empleada, convirtiendo al Dominio 12 (Confort) en el tercero más usado.

Igualmente, los FR asignados con mayor frecuencia corresponden por un lado con aspectos biofísicos, tales como *deterioro neuromuscular y deterioro músculo esquelético* o *dolor*; también se contabilizan FR derivados de intervenciones profesionales tales como *cirugía, ser portador de vía venosa* u *otros procedimientos invasivos*.

Por otro lado, tiene interés conocer los signos y síntomas identificados prevalentemente por estas enfermeras. Así, entre las CD destacan distintas manifestaciones de dolor, tal como: *expresa dolor, observación de evidencias de dolor, postura para evitar el dolor, limitación de la capacidad para las actividades motoras groseras o incapacidad para acceder al cuarto de baño*. En este orden, sería interesante medir el grado de manifestación de tales signos y síntomas mediante la utilización de escalas validadas, dado que la planificación de intervenciones eficientes depende del grado de afectación de la salud.

El conjunto de escenarios que se acaba de exponer parece indicar que las enfermeras invierten gran parte de su actividad hospitalaria en establecer juicios clínicos en relación a situaciones que afectan a la vigilancia, mantenimiento y protección de estados directamente relacionados con la salvaguardia de complicaciones biofísicas de la salud, así como procedimientos clínicos sobre las personas.

Con bastante certidumbre, tal como expuso Zabalegui (2003), la función de las enfermeras implica su participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud a través de medidas preventivas para evitar la aparición de enfermedades, su progresión o prevenir secuelas. No obstante, el insuficiente número de NOC y de NIC constatados en los registros realizados por enfermeras, en comparación con los DE, limita las posibilidades para acreditar tal afirmación. Ugalde Apalategui & Lluch Canut (2011) describieron igualmente carencia de NOC y NIC en los planes de cuidados.

Con todo ello, el ICE constituye tan solo el resumen del proceso asistencial, siendo preciso consultar en las HCE los diferentes registros sobre PE. En este sentido, la informatización de los servicios asistenciales ofrece grandes ventajas para la evaluación e investigación relacionada con el conocimiento de las competencias clínicas que las enfermeras desarrollan en su práctica asistencial.

### 17.2.2. Aplicación de EVALUAN-I

En relación a la aplicación de EVALUAN-I, no es posible establecer discusión con estudios previos puesto que constituye la primera que vez que el instrumento ha sido desarrollo y aplicado.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas, la proporción entre mujeres y hombres, tal como era esperado, es mayoritariamente femenina (75%). Con una edad media que ronda los 43 años y experiencia laboral 20 años. Distintos estudios recientes en nuestro contexto han mostrado representatividad similar. De este modo, Gutiérrez-Rodríguez y colaboradores (2019) obtuvieron en el territorio nacional proporciones de mujeres cercanas al 76%; con edad media 47 años y experiencia laboral 24 años. En Madrid, Parro Moreno y colaboradores (2013) analizaron una muestra con 83% mujeres; edad media 47 años y experiencia laboral 24 años. En Murcia, Seva Llor (2012) obtuvo una muestra con 76% mujeres y edad media 37 años. Del mismo modo, en relación a la distribución geográfica destaca la Comunidad Autónoma de Canarias, encabezada por Las Palmas (25,4%) y Santa Cruz de Tenerife (9,8%), a continuación Barcelona (16,1%) y Madrid (9,8%). No obstante, la práctica totalidad de autonomías nacionales están representadas, destacan las ausencias de La Rioja, Ceuta y Melilla. Tras lo señalado, la similitud muestral en los distintos estudios aseveran la validez representativa de las características de la muestra.

Del mismo modo, en relación a los aspectos formativos, a medida que aumenta el nivel académico disminuye su representatividad, contabilizándose 60% de titulados con formación diplomado o grado; 27% Máster oficial y 11% Doctorado. Otro 60% son enfermeras sin especialidad. Para Gutiérrez-Rodríguez y colaboradores (2019), igualmente 21% disponían formación máster y 7% doctorado; por el contrario la mitad eran especialistas. Para Seva Llor (2012), solo 14% de la muestra disponía de formación postgrado. En esta ocasión, se advierte que las muestras de estudios más recientes se caracterizan por un incremento en el nivel de formación académica.

Respecto a las características laborales, la mitad de los encuestados trabajan en la asistencia, 30% en servicios de atención hospitalaria y 26% en equipos de AP. Entre los que trabajan en el ámbito de la gestión, la mayor parte mantienen funciones de supervisión. Por otra parte, son minoría los que trabajan exclusivamente en el ámbito académico, con función docente o como investigadores. Todo ello, se debe a que casi el 30% de las enfermeras mantienen competencias con funciones laborales están entremezcladas. La distribución laboral lograda arroja interés para la ratificación de los resultados en el contexto clínico.

Por último, como era de esperar, NANDA-I es la clasificación diagnóstica mayormente utilizada en nuestro territorio. En este orden, Tastan y colaboradores (2014) han documentado que en el contexto internacional la mayoría de la producción científica sobre lenguajes enfermeros (72,1%) tiene su foco de atención en NANDA-I. En segundo lugar, se interpuso la terminología de interfase ATIC. Según Juvé (2016), ATIC se caracteriza por un refinamiento teórico de los conceptos usados por las enfermeras en el lenguaje natural aplicado en su práctica diaria. En menor medida, otros profesionales refieren emplear CIE-10; que, sin ser un lenguaje enfermero, constituye una clasificación que incorpora un sistema de codificación completo para dotar de especificidad la información asistencial de cada una de las especialidades clínicas.

### **17.3. Análisis de los resultados del estudio**

Este apartado se centra en la discusión de los resultados obtenidos atendiendo a cada uno de los objetivos planteados tanto en la totalidad de las poblaciones estudiadas como en la validación del instrumento. En la exposición de resultados se han especificado cada uno de los elementos implicados en la evaluación de NANDA-I a través de la articulación entre el análisis de los contenidos y la adecuación teórica, la percepción de los profesionales y su aplicabilidad clínica, cuya discusión se acomete a continuación.

#### **17.3.1. Contenidos de NANDA Internacional**

En relación al análisis de los contenidos de NANDA-I concurren dos ejes vertebrales de interés. En primer lugar, los aspectos relacionados con la validez y

la evidencia científica de los indicadores diagnósticos, así como las Etiquetas diagnósticas que conforman la clasificación. En segunda instancia, su homogeneidad estructural.

En lo que acontece al primero de ellos, la triangulación de resultados muestra evidencias contradictorias; a partir de ellas podemos argumentar que la disciplina enfermera atraviesa por un período en el que conviven profesionales con distintos momentos de transición evolutiva, que se inicia con la figura de la *“enfermera ayudante”* y culmina con la de la *“enfermera basada en la ciencia”*.

Por un lado, los expertos exponen la necesidad de mejorar la calidad metodológica de las investigaciones relacionadas con la validación clínica señalando la imperiosidad de incrementar su nivel de evidencia, así como la producción científica para muchos de estos DE; todo ello, con la finalidad de limitar las inconsistencias de NANDA-I. Por el contrario, el grueso de profesionales entrevistados estiman que la clasificación está suficientemente fundamentada en la evidencia, con indicadores diagnósticos relevantes, claros y descriptivos. Si bien, esta apreciación es menor cuando se refieren a las Etiquetas diagnósticas. Solamente los profesionales que acreditan mayor nivel académico demuestran capacidad crítica en relación a la fundamentación de la evidencia científica de NANDA-I; siendo estadísticamente significativa cuando se exhibe grado académico de Doctor. No ocurre igual con la especialización de las enfermeras.

En este sentido, la propia NANDA-I manifiesta los criterios en los que se apoya el NDE de sus DE. En la edición 2015-2017 solo un 4% de los DE cuentan con evidencia fundamentada en estudios clínicos, aunque con muestras sin aleatorizar no generalizables. Más de la mitad de los DE restringen este NDE a criterios normativos, indispensables para su publicación en la taxonomía; de ellos, solo unos pocos han sido sometidos a un análisis conceptual sustentado en literatura científica disponible. Además, el 38% de los DE revelan ausencia total en su NDE.

Por otra parte, en la edición de NANDA-I (2018-2020) estos NDE no mejoran sustancialmente. Aunque el número de DE que no registran NDE (n=80; 31,75%) disminuye un 6%, esta cifra concuerda con un aumento en los que exhiben NDE 2.1 (n=152; 60,32%). Igualmente, son insuficientes los que incorporan análisis

conceptual de la producción científica (NDE 2.2: n=11; 4,37%), así como los que están apoyados por síntesis de la literatura (NDE 3.1: n=4; 1,59%). En relación a los que están corroborados por estudios clínicos, se incorporan 3 nuevos DE con muestras no aleatorizadas (NDE 3.2: n=5; 1,98%). Por último, esta edición tampoco incluye DE apoyados en estudios aleatorizados.

En la edición de NANDA-I (2021-2023) se aprecian mejoras sustanciales. En esta edición existen n=46 nuevas Etiquetas diagnósticas, han sido revisadas n=67 y retiradas otras n=23 de la clasificación. En relación a estos DE, corresponden a validez conceptual con NDE 2.1 (n=144; 53,9%), validez de contenido diagnóstico (NDE 2.2: n=14; 5,2%) y consenso de expertos (NDE 2.3: n=8; 3%). En relación a la validez clínica, se apoyan en síntesis de literatura (NDE 3.1: n=18; 6,7%) y estudios con muestras no aleatorizadas (NDE 3.2: n=33; 12,4%). La principal novedad encontrada se sitúa en la presencia de estudios con buen diseño para muestras aleatorizadas de pequeño tamaño (NDE 3.3: n=7; 2,6%) y por último, estudios aleatorizados con buen diseño y tamaño muestral amplio (NDE 3.4: n=11; 4,1%). Aunque en general, estos aspectos mejoran deficiencias anteriores, en la edición NANDA-I (2021-2023) continúan manteniéndose n=32 (12%) DE que no estipulan NDE alguno. En esta edición, NANDA-I presenta la propuesta de un nuevo sistema de clasificación para futuras reediciones. De esta manera, para determinar los subniveles de evidencia científica serán incorporados criterios que otorgan mayor grado de objetividad a la validez conceptual y de contenidos diagnósticos, pero principalmente en lo que acontece a la validez clínica.

En la versión analizada de NANDA-I se encuentran DE incluidos desde el año 1980, pero que nunca han sido revisados. Del mismo modo, algunos DE correspondientes a la tipología *de promoción de la salud*, de incorporación reciente, tampoco integran criterios de NDE. Por el contrario, es indispensable apreciar que los DE posteriores al año 2010 están siempre provistos de NDE. De esta manera, las Etiquetas diagnósticas "*Riesgo de úlcera por presión*" (incluida en 2013 y revisada en 2017) y "*Síndrome de dolor crónico*" (incluida en 2013) muestran NDE=2.2; el resto de etiquetas posteriores a 2010 corresponden a NDE=2.1.



En relación a los indicadores diagnósticos, las duplicidades en estas etiologías y los signos y síntomas podría contribuir a la inconsistencia del juicio clínico, llegando a constituir indicadores no explicativos del DE. Disponer de indicadores clínicos precisos y fundamentados en estudios con rigor metodológico es imprescindible para otorgar rigor conceptual. Así, Carvalho y colaboradores (2015) han detallado las sucesivas fases necesarias para cribar las CD explicativas de un problema de salud, haciendo uso de un procedimiento secuencial riguroso con las siguientes etapas sucesivas: (1) paneles de expertos con formación académica y trayectoria investigadora, así como experiencia clínica en el ámbito de los DE, (2) formación focalizada en la capacitación de estos profesionales en habilidades de razonamiento clínico y diagnóstico, (3) definición operacional de cada una de las CD sometidas a juicio, (4) recogida de datos mediante entrevista clínica y exploración física para contrastar las CD predefinidas, así como reunir otras posibles, (5) revisión y evaluación de los registros de las historias clínicas mediante consenso por pares de expertos, (6) análisis descriptivo de las CD, (7) análisis de sensibilidad, especificidad, valor predictivo (positivo y negativo), razón de verosimilitud (positiva y negativa) y *odds ratio* diagnóstico de cada CD. En consonancia con algunas de las fases que se acaban de enumerar, los resultados cualitativos han arrojado la exigencia de formalizar convenientemente la condición de profesionales expertos para validar y evaluar con todo el rigor probado cada uno de los DE de NANDA-I.

Por el contrario, más del 72% de los estudios sobre diagnósticos se han realizado con metodología descriptiva; el 19% han sido observacionales y tan solo el 9% estudios de intervención. Entre estos últimos, solo dos correspondieron a ensayos clínicos aleatorizados y controlados sobre NANDA-I (Tastan et al., 2014).

El segundo punto que debe ser discutido refiere la homogeneidad estructural de NANDA-I. En este sentido, Yönt y colaboradores (2014) señalaron que la precisión en el juicio clínico se basa en la capacidad de representar el estado actual del paciente a través de los indicadores diagnósticos. En la medida en la que estos indicadores son claros y descriptivos, la jerarquía taxonómica se vuelve más precisa, constituyéndose en un catalizador hacia su comprensión y aprendizaje.

Atendiendo a estas circunstancias, se mencionan algunas imprecisiones de NANDA-I. En primera instancia, 7 Clases están vacías de Etiquetas diagnósticas, *Digestión y Absorción* (Dominio Nutrición), *Función tegumentaria* (Dominio Eliminación e intercambio), *Orientación y Sensación/percepción* (Dominio Percepción/cognición), *Identidad sexual* (Dominio Sexualidad) y *Valores* (Dominio Principios vitales).

Desde esta perspectiva, en segundo lugar se ha observado que la Etiqueta diagnóstica *Discomfort*, aparece clasificada repetidamente en las tres Clases jerárquicas del Dominio Confort (Confort físico, Confort social y Confort del entorno). En relación a esta misma Etiqueta diagnóstica, se advierte que presenta 7 FR en la Clase *Confort físico*; sin embargo no incorpora ningún FR en el resto de Clases.

En tercer lugar, han sido exploradas las 10 Etiquetas diagnósticas denominadas de “síndrome”. De ellas, 5 corresponden a la tipología de diagnósticos *focalizados en el problema* y otras 5 a la tipología *de riesgo*, tal como se muestra en la Tabla 144.

**Tabla 144. Etiquetas diagnósticas de síndromes**

Focalizadas en el problema	De riesgo
Síndrome de estrés del traslado	Riesgo de síndrome de desuso
Síndrome del trauma posviolación	Riesgo de síndrome de estrés del traslado
Síndrome postraumático	Riesgo de síndrome postraumático
Síndrome de dolor crónico	Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano
Síndrome de fragilidad del anciano	Riesgo de síndrome de muerte súbita el lactante

Observando los indicadores diagnósticos de cada una de estas Etiquetas, las *focalizadas en el problema* han contemplado dos aspectos. En relación a las CD, los síndromes *estrés del traslado*, *dolor crónico* y *fragilidad del anciano* incluyen entre sus CD exclusivamente Etiquetas diagnósticas NANDA-I; mientras que el *Síndrome del trauma posviolación* y el *Síndrome postraumático* incluyen entre sus CD otras Etiquetas diagnósticas de forma combinada con signos y síntomas que no conciernen a Etiquetas diagnósticas.

Referente a los FR, la etiqueta *Síndrome de dolor crónico* corresponde a la tipología de diagnósticos *focalizados en el problema*, pero no incluye FR entre sus indicadores diagnósticos, lo cual es una idiosincrasia en estos DE.

Tras lo expuesto, resulta contradictorio que un importante número de profesionales haya juzgado que NANDA-I muestra una estructura jerárquica bastante precisa. Por el contrario, otorgan dificultad a su aprendizaje. Muy posiblemente, esta confusión esté vinculada a la indeterminación conceptual de NANDA-I.

Siguiendo esta línea, en el caso de CIPE, las enfermeras portuguesas también se rebaten al exponer primero las bondades que muestra este sistema de lenguaje en relación a la normalización y trazabilidad de los datos, en detrimento de su creatividad profesional.

### **17.3.2. Adecuación teórica**

La complejidad humana exige abordar la multidimensionalidad de los problemas de salud desde una perspectiva interdisciplinar, a través de la que se demandan diferentes sistemas terminológicos. Desde esta perspectiva, el estándar vigente debe ser reemplazado por un nuevo paradigma en el que dominen la equidad y las narrativas transdisciplinares. Esta circunstancia, pone en crisis la especificidad de NANDA-I, siendo preciso transformar las implicaciones del abordaje realizado por las enfermeras en el continuo asistencial por el que se involucra un intercambio transdisciplinar de información para coordinar el seguimiento y evolución de los procesos de salud. En este entramado terminológico, los diferentes sistemas de lenguajes conservan un espacio específico para colaborar en la comunicación interprofesional, por lo que optimizar una clasificación como NANDA-I mejorará la operatividad del proceso enfermero. En este sentido, la discusión sobre la adecuación teórica de NANDA-I ha sido abordada desde tres perspectivas. Desde la conceptualización metaparadigmática de la Enfermería, desde la orientación paradigmática del cuidado y desde la formación.

En relación a la primera, en el ámbito de los lenguajes enfermeros existe la necesidad de incorporar nuevos conceptos con la premisa de expandir el campo de actuación de las enfermeras. En este orden, los ámbitos de intervención profesional deben ser tan amplios como sus facultades lo permitan. No obstante, este crecimiento muestra una doble vertiente. La que explota al máximo las

capacidades profesionales en el contexto clínico y la que pretende establecer concreciones disciplinares para identificar lo genuino y específico de la disciplina, diferenciándola de otras con las que los límites de actuación se mantienen difusos. En nuestro contexto clínico, es imprescindible que las competencias pragmáticas y las metaparadigmáticas puedan ser desarrolladas conjuntamente, manteniendo el grado de autonomía exigido a la Enfermería.

Como resultado de esta dualidad, en ocasiones, la competencia diagnóstica enfermera muestra una bifocalidad terminológica. En palabras de Porcel-Gálvez (2021), con la intención de superar las trabas impuestas por otras ciencias, es frecuente el uso de estos modelos de práctica clínica para etiquetar los problemas de las personas. Bajo esta asunción, el proceso diagnóstico no depende sólo de la respuesta humana, sino de la competencia que ostenta la enfermera sobre esa respuesta, pudiendo etiquetarse un mismo problema de distinta manera, con las consiguientes repercusiones en la generación de informes clínicos, inclusión en los conjuntos mínimos de las bases de datos (CMBD) y comprensión por parte del usuario. Con esta dualidad, se establecen diferencias entre problemas de autonomía y problemas de interdependencia o de colaboración para referirse a situaciones con cargas semánticas idénticas que, en algunos casos, culmina con un registro NANDA-I y en otros no; esta situación origina desconciertos e imprecisiones. En este sentido, sería interesante evidenciar tales implicaciones en relación a las intervenciones enfermeras y los resultados en las personas.

Parece bastante plausible que, desde una perspectiva holística enfermera, los individuos no deban ser compartimentados. Ante un problema de salud en el que intervienen diversos profesionales, se debe contemplar su naturaleza etiológica con transdisciplinariedad, en la que no exista la imperiosidad de etiquetar para poder actuar. El *estándar de oro* para el modelo asistencial idóneo está en desarrollar una coordinación simétrica entre miembros del equipo interdisciplinar. Las miradas deben de ser multidisciplinares y centradas en la persona, se debe reflexionar sobre el concepto disciplinar de competencia asociada a la definición diagnóstica (Porcel-Gálvez, 2021).

En el seno de los sistemas diagnósticos de clasificación, esta perspectiva excluiría del conocimiento enfermero los conceptos que no se muestran genuinos al ámbito competencial de autonomía. En este sentido, se ha evidenciado que NANDA-I incorpora conceptos que no están completamente ajustados al metaparadigma enfermero, ejemplificando la complejidad del objeto de estudio.

Solamente cuando progresa el nivel de formación académica de las enfermeras, aumenta su capacitación para establecer las diferencias entre enfermedades y diagnósticos médicos frente a DE, principalmente en lo que acontece a su etiología. Asimismo, el escrutinio y desarrollo de conceptos en el ámbito exclusivo de la Enfermería va ligado al desarrollo científico de la disciplina, con ausencia de diferencias significativas por razón de edad, formación académica o especialización en lo que acontece a responsabilidades, desarrollo conceptual y teórico exclusivo o la identificación de los conceptos centrales de la disciplina. Entre la población estudiada existe un desconocimiento generalizado sobre los aspectos metaparadigmáticos de la Enfermería, siendo inexcusable emplear metodologías de investigación más apropiadas para su abordaje en profundidad.

El análisis de los ICE ha revelado la separación injustificada de problemas con una misma naturaleza. Así, *Riesgo de infección*, *Riesgo de sangrado*, *Dolor agudo* o *Hipertermia* son indistintamente registrados haciendo uso de etiquetas NANDA-I o con terminología médica. La muestra analizada incluyó otras categorías diagnósticas que no corresponden con etiquetas normalizadas en NANDA-I, sino que atienden a conceptos de uso clínico procedente de diferentes disciplinas. De esta manera, *Riesgo de infección*, *Sangrado*, *Dolor* y *Fiebre* son nuevamente los registros destacados, afectando reiteradamente a los mismos Dominios NANDA-I. A la vista de los ejemplos dispuestos, en la práctica clínica existe una amplia diferenciación entre DE y problema interdependiente (González-Mejorada et al., 2013). Esta perspectiva bifocal incorpora incertidumbre en todos los grupos observados, independientemente de sus características sociodemográficas, instalando barreras al continuo de la atención integral. Al igual que nuestro estudio, González-Mejorada y colaboradores concluyeron que el nivel de formación académica aumenta la capacidad crítica y reflexiva de los profesionales para

identificar la naturaleza de los problemas de salud de las personas.

En otros contextos, se observa el registro de Etiquetas diagnósticas vinculadas a Dominios NANDA-I semejantes. D'Agostino y colaboradores (2017) determinaron con una amplia muestra (N=2283) que los Dominios destacados correspondieron con *Seguridad/Protección* (34,1%) y *Actividad/Reposo* (26,9%); en esta ocasión los DE prevalentes afectaron a *Riesgo de infección* (64,6%;  $p<0,001$ ) y *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* (25,5%;  $p<0,001$ ). Por su parte, Feng & Chang (2015) señalaron como DE más utilizados *Dolor agudo*, *Riesgo de infección*, *Riesgo de caídas* y *Riesgo de sangrado*; para estos autores existió además predominio del enfoque biomédico. Otro estudio realizado sobre una población de personas mayores (N=154) también mostró como Dominios prevalentes *Actividad/Reposo* y *Seguridad/Protección* (Güler et al., 2012). Por su parte, Villarejo Aguilar (2011) identificó como DE más frecuentes al alta hospitalaria *Deterioro de la movilidad física*, *Ansiedad*, *Riesgo de caídas*, *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* e *Intolerancia a la actividad*. En otro estudio sobre población infantil (Rodríguez Bestilleiro & Ferrer Pardavila, 2002) identificaron *Riesgo de traumatismo*, *Riesgo de infección*, *Hipertermia* y *Limpieza ineficaz de las vías aéreas*. A falta de análisis concluyentes, se puede exponer con bastante certidumbre que estos Dominios y Etiquetas diagnósticas son las mayoritariamente utilizadas por las enfermeras en el panorama internacional.

La segunda perspectiva aborda las implicaciones teórico-paradigmáticas por las que, según Salas Iglesias (2003), la práctica enfermera ha llegado a convertirse en un proceso de trabajo en el que prevalecen las “*importancias taxonómicas*”, confundiendo y reduciendo el método científico a un procedimiento de organización del trabajo, donde la perspectiva metodológica experimenta un considerable impulso en detrimento de la teórica. Esta situación da lugar a un insuficiente enfoque global para asumir la complejidad de la propia naturaleza del objeto de estudio: “*el cuidado*”.

Los profesionales dedicados a la docencia e investigación se posicionan de forma significativa en un paradigma de autonomía disciplinar regido por la exigencia de emplear DE para los cuidados que implican responsabilidades exclusivas. A este

tenor, Santos Ruiz (2014) expuso incapacidad de autocrítica, centrada en la innecesaridad de basar la práctica profesional en conocimiento propio. Por otra parte, los profesionales con responsabilidades en la gestión asistencial mantienen un posicionamiento práctico, los supervisores y directivos manifiestan que no se requiere usar NANDA-I para aplicar cuidados en el ámbito de la autonomía disciplinar. La falta de especificidad diagnóstica aleja ambas realidades profesionales. Nuevamente, la triangulación de resultados establece concordancia entre lo que opinan los expertos y las evidencias encontradas en el resto de profesionales; lo que demuestra que existe un ensimismamiento teorizador entre docentes e investigadores acerca de las funciones y responsabilidades de las enfermeras que trabajan en el entorno asistencial. En el otro extremo, el colectivo de supervisores y directivos, responsabilizados de la gestión del sistema sanitario, demuestran carencias de liderazgo para la toma de decisiones, inmersos en un régimen médico-centrista. Entre este conglomerado de incongruencias se sitúa la inmensa mayoría de enfermeras, que tropiezan con los techos organizacionales para su pleno desarrollo autónomo.

Los conflictos derivados de la práctica clínica mantienen la indefinición de la naturaleza del objeto de estudio de la disciplina enfermera y, por tanto, de la actuación de las propias enfermeras; tanto en el desarrollo de modelos efectivos, como la aplicación teórica exitosa, junto a la ausencia de posicionamientos epistemológicos adecuados. Es necesario clarificar el estatus y los vínculos entre modelos, teorías generales y teorías de rango medio (Federico, 2020). Por el contrario, parece quedar dilucidado que la Enfermería no se rige por un único paradigma o ideología científica, demostrando tal complejidad (Salas Iglesias, 2003). La clave puede deberse a que, en nuestro contexto, el paradigma dominante está orientado hacia el cuidado en situaciones de enfermedad. Así, el proyecto para la normalización de intervenciones en la práctica enfermera (NIPE), desarrollado en España conjuntamente por el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de Colegios de Enfermería, aborda la normalización en base a grupos de diagnósticos relacionados (GDR); toscamente, todos estos GDR pertenecen a la esfera de patologías orgánicas (Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011). En este sentido, Merino-Navarro (2012) evaluó el impacto de un programa de apoyo educativo



para mejorar las competencias de autocuidados en mujeres afectadas de cáncer de mama (Mariscal-Crespo, 2006). La autora concluyó la importancia de implementar estos modelos de atención, dejando a un lado los enfoques con orientación biologicista, centrada en el proceso de enfermedad y no en la persona. En este sentido, Merino-Navarro destacó la existencia de bajas competencias para el autocuidado en todos los aspectos generales, no solo en el proceso oncológico.

La triangulación con los resultados cualitativos alcanzados en Portugal apunta a que en CIPE también predomina el perfil biomédico. Ante esta circunstancia y en ausencia de resultados probados, se cuestiona la posibilidad de disponer de una clasificación circunscrita a los problemas de exclusividad y especificidad competencial de la Enfermería.

La tercera cualidad teórica que debe ser discutida deriva de las dos anteriores. La correlación entre la intensidad de uso de NANDA-I y el desarrollo académico de la Enfermería no ha sido concluyente. No obstante, los indicios apuntan a la necesidad de mejorar los aspectos curriculares y formativos de las enfermeras en su recorrido hacia la capacitación profesional. En esta ocasión, vuelve a coexistir armonía con los resultados de la fase cualitativa, principalmente en la necesidad de diferenciar la ciencia enfermera del resto de disciplinas. Este proceso está sustentado en la intensidad con la que se desarrollan sus conocimientos, habilidades y actitudes, en línea con la estructura de la pirámide de Miller. La evolución piramidal parte de la base del conocimiento teórico "*saber qué hacer*", para continuar aplicando el conocimiento teórico a casos "*saber cómo hacerlo*", siguiendo con la simulación práctica "*mostrar cómo hacerlo*" y finalizar en el vértice de la pirámide a través de la práctica en situaciones reales "*haciéndolo*". Juvé y colaboradores (2007) expusieron que este conocimiento debe estar vinculado a la experiencia como elemento fundamental de la adquisición competencial. En términos de estos autores, tal "expertez" se basa más en el conocimiento tácito que en el explícito, más en el complejo proceso de aprendizaje que en los programas formativos. Desde esta perspectiva, la competencia para la actividad profesional está vinculada a la aplicación práctica de la inteligencia en un contexto determinado. No obstante, esta contextualización debe proporcionar delimitación y diferenciación profesional en el marco de referencia de los



conceptos centrales de la disciplina. Aunque la relación con la patología es ineludible, la enfermedad no es el concepto central de la Enfermería; por tanto, no debe ser el elemento conceptual de una clasificación diagnóstica enfermera.

Según disponen los resultados cualitativos alcanzados, en la actualidad no concurre coordinación entre la teoría y la práctica; nos situamos ante dos posibles escenarios. Primero, en el que la cartera de servicios del sistema sanitario no da cabida a los contenidos curriculares propuestos por la Universidad. Segundo, el que apunta a que la Universidad no se adapta a la realidad asistencial actual. En consonancia con estos resultados cualitativos, Jara-Sanabria y Lizano-Pérez (2016) han argumentado que durante la formación académica de las enfermeras predomina el enfoque hacia los diagnósticos médicos, muy por encima del que corresponde a los DE. A esta situación, se une el desconocimiento sobre las taxonomías disciplinares por el que los estudiantes finalizan su formación sin adquirir la competencia diagnóstica como elemento central de la profesión, lo que deriva en una percepción y uso negativo hacia PE. De esta forma, los programas educativos se deben adaptar a la realidad social de nuestra profesión; si bien, la realidad asistencial debe adecuarse a las competencias reales de las enfermeras en los sistemas de salud. La recomendación debe encaminarse hacia una medidas educativas por la que se pueda mejorar la precisión diagnóstica de las enfermeras. Para alcanzar un equilibrio de desarrollo sostenible, Müller-Staub y colaboradores (2006) proponen mejorar la evaluación de las relaciones que acontecen entre diagnósticos, intervenciones y resultados.

### **17.3.3. Percepción de las enfermeras**

La percepción sobre NANDA-I se aborda desde dos perspectivas. En primer lugar, su aceptación en la práctica asistencial. A continuación, las actitudes mostradas por las enfermeras ante los DE de la clasificación.

En relación al primer punto, la tendencia general por la que no se acepta NANDA-I está en concordancia con varios puntos tratados anteriormente, puesto que su utilidad solamente trascendió en el ámbito académico. Del mismo modo, mostró disconformidad con la opinión popularizada acerca de que NANDA-I sea relevante,

clara, descriptiva y suficientemente evidenciada. No obstante, estas generalizaciones sobre la clasificación deberán ser dilucidadas con detenimiento, puesto que existen indicios que correlacionan la aceptación de NANDA-I con su uso cotidiano.

Según Parro Moreno y colaboradores (2013), las enfermeras con cargos de responsabilidad así como las de mayor nivel académico mantienen mejor percepción de su entorno clínico en lo que acontece a los DE. En este sentido, las evidencias alcanzadas no señalan mayor aceptación de NANDA-I atendiendo al nivel académico, especialidad o función laboral desarrollada; ni en relación a la edad, sexo o años de experiencia laboral.

El estudio cualitativo realizado por Raña Lama y colaboradores (2004), sugiere distintos motivos para no usar los DE de forma habitual. Entre éstos identifican el modelo médico hegemónico, los recursos humanos insuficientes, el inmovilismo, la falta de motivación, la convivencia de distintos modelos de cuidados, la heterogeneidad de los profesionales o la incertidumbre en la efectividad de los DE para la mejora de la salud. Determinar cada una de estas causas deberán ser abordado en profundidad.

En consonancia con estos resultados, NANDA-I está dotada de *significado* solamente para docentes e investigadores. En el extremo opuesto, el colectivo de supervisores de Enfermería otorga menor trascendencia a este respecto. En relación al resto de actitudes analizadas, ninguna destaca en sentido positivo o negativo. En esta ocasión, también será preciso analizar las implicaciones del modelo asistencial en relación a las actitudes de las enfermeras. Los resultados obtenidos en otras experiencias sugieren que las actitudes ante los DE tienden a ser similares en los diferentes contextos observados. Las puntuaciones logradas en estudios previos muestran valores bastante altos en relación al *significado* que se otorga al DE; así, El-Rahman y colaboradores (2017) obtuvieron  $\mu=5,1$  ( $sd=1,4$ ), D'Agostino y colaboradores (2016)  $\mu=5,3$  ( $sd=1,7$ ), Cruz y colaboradores (2006)  $\mu=5,7$  ( $sd=1,2$ ); en España, la primera aplicación del PND realizada por Romero-Sánchez y colaboradores (2013)  $\mu=5$  ( $sd=1,6$ ) y la segunda aplicación también por Romero-Sánchez (2013) aplicando la versión abreviada del PND  $\mu=5,7$  ( $sd=1,2$ ). En este sentido, se debe señalar que nuestro estudio ( $\mu=4,05$ ;  $sd=1,3$ ) estableció un

rango de puntuaciones con valor máximo 6 en consonancia con el resto de ítems de EVALUAN-I, con la finalidad de evitar posicionamientos neutrales; mientras que las otras aplicaciones situaron el rango con puntuación máxima de 7, ofreciendo como alternativa de respuesta la imparcialidad en las actitudes ante el DE.

#### **17.3.4. Validación de EVALUAN-I**

Durante el proceso de validación, se ha determinado la validez y fiabilidad del instrumento, que fue ratificado gracias a la colaboración de un valioso número de enfermeras con características sociodemográficas similares a las de la población de estudio.

No obstante, la etapa más complicada para el desarrollo de EVALUAN-I fue la definición del constructo teórico, por la que se estableció el propósito de la escala, así como el contenido, la composición, el número y la puntuación de los ítems. Por este motivo, los expertos asignados debían poseer amplios conocimientos en metodología de la investigación; además, estaban versados en la clasificación NANDA-I. La desinteresada e inestimable colaboración de estos agentes culminó con la versión final de EVALUAN-I.

Las dimensiones propuestas en el proceso de configuración teórica de EVALUAN-I han sido redefinidas tras la validación estadística atendiendo a las 9 componentes principales en las que se ha conformado el modelo factorial del instrumento (Anexo 15).

#### *Fiabilidad*

La determinación de la fiabilidad de EVALUAN-I ha sido estipulada por una sucesión de pruebas estadísticas: consistencia interna, consistencia interna estratificada, correlación interfactorial y estabilidad temporal. Tras la ejecución de cada una de estas pruebas, calificamos que la fiabilidad del instrumento es muy satisfactoria.

En relación a la consistencia interna, cuando las escalas de medida emplean ítems policotómicos se utiliza como método de medida el coeficiente Alfa de Cronbach (Barrientos-Trigo, 2015; Oviedo & Campo-Arias, 2005). En este sentido, distintos autores señalan que la consistencia interna mejora cuando su valor se muestra por

encima de 0,7 (Cortina, 1993; Oviedo & Campo-Arias, 2005) aunque valores superiores a 0,9 podrían indicar la presencia de ítems redundantes o la aparición de varios constructos (Halberstadt et al., 2012). Además, escalas excesivamente largas pueden estar buscando obtener valores altos de Alfa de Cronbach (Panayides, 2013), si bien algunas escalas no cumplen esta afirmación. En este sentido, EVALUAN-I mostró  $\alpha=0,957$  constituyéndose en un instrumento estructurado que precisa abordar todos los criterios de idoneidad que tienen influencia en la adecuación ontológica, teleológica, epistemológica e intuitiva del sistema clasificatorio analizado. Por otro lado, valores superiores a 0,900 en el Alfa de Cronbach podrían indicar redundancia en alguno de los ítems (Oviedo & Campo-Arias, 2005). No obstante, debido a esta discrepancia en la fiabilidad, se podría contemplar la posibilidad de realizar una adecuación de la herramienta, siempre y cuando se mantenga la perspectiva que preserve los principios de evaluación holística de NANDA-I. En cualquier caso, en espera de próximas aplicaciones del instrumento, se considera pertinente mantener el número de ítems para esta primera aproximación.

La consistencia interna estratificada tiene como fundamento conocer el grado en el que las medidas de cada una de las escalas está libre de errores (Oviedo & Campo-Arias, 2005). Con este propósito, se ha comprobado la variación de Alfa de Cronbach en el supuesto de eliminar un ítem a través de la determinación de la consistencia interna de cada uno de sus factores. En este orden, se ha encontrado debilidad en alguna de las variables de la componente 6, sobre la evaluación de los atributos fisiopatológicos; en concreto, en relación al ítem que pregunta *“es posible encontrar clasificado algún concepto o contenido de forma duplicada en NANDA-I”*. También se ha hallado una segunda inconsistencia en la componente 8, acerca de la evaluación de la precisión diagnóstica, en relación al ítem que cuestiona *“por lo general, el nivel de abstracción de los diagnósticos de NANDA-I es alto”*. La eliminación de estos dos ítems hacen aumentar significativamente sus correspondientes valores en el coeficiente de Alfa de Cronbach. Esta debilidad estructural es atribuida a la complejidad conceptual en la formulación de la pregunta para una población mayoritariamente asistencial, con inferior nivel académico. El objeto de estudio exige formación y conocimiento amplio, así como

habilidad, experiencia y adiestramiento en el uso de la clasificación, incluso en circunstancias en las que se presupone homogeneidad poblacional. Se ha considerado la pertinencia de plantear la viabilidad o modificación de estos ítems de cara a futuras investigaciones.

En lo que acontece a la correlación interfactorial, la ponderación de cada uno de los factores sobre la puntuación total del instrumento es la esperada. Del mismo modo, la correlación es aceptable para la mayoría de escalas aunque, de forma general, estos valores son nuevamente inferiores para los factores 6 y 8.

Acerca de la prueba estadística de estabilidad temporal, se debe señalar las dificultades encontradas para obtener el número mínimo de respuestas necesarias, puesto que solo la mitad de los encuestados en el test-retest accedieron a participar en la segunda entrevista. Como norma general, la concordancia en las respuestas fue aceptable en parte de los ítems. No obstante, las inconsistencias registradas pueden deberse a la disparidad conmemorativa de los individuos entrevistados o como resultado, nuevamente, de dificultades en la comprensión de las variables afectadas.

#### *Análisis Factorial Exploratorio*

En primera instancia, el AFE tiene como finalidad encontrar combinaciones lineales de variables que permitan corroborar la mayor parte de la varianza total explicada. Por su facilidad de interpretación, el método de elección es el de componentes principales (Pérez & Medrano, 2010). En este sentido, la totalidad de variables de EVALUAN-I muestra correlaciones adecuadas para un constructo de 9 componentes principales con un poder explicativo de la varianza superior al 70%.

Respecto a la decisión del número de factores a retener, debe aplicarse una combinación de criterios tales como contar solo con los factores que muestren un número mínimo de ítems. En este sentido, la precisión de las estimaciones mejora sustancialmente cuando se dispone de 3 indicadores por factor (Batista-Foguet et al., 2004), cuyas saturaciones estén por encima de 0,400. Pero además, se debe tener presente el significado que aportan los distintos ítems a la definición de cada

factor (Lloret-Segura et al., 2014). En este sentido, determinados factores con un número inferior de ítems pueden constituirse en ineludibles para un abordaje exhaustivo del objeto de estudio. Siguiendo este razonamiento, se ha decidido estimar conveniente retener los 9 factores agenciados. Por un lado, debido a los altos niveles de saturación de cada uno de sus ítems y por otro lado a que durante el proceso de definición del constructo teórico estas variables fueron consideradas trascendentales para evaluar la totalidad de atributos de NANDA-I.

#### Análisis Factorial Confirmatorio

El binomio que constituyen el Alfa de Cronbach y el AFE es del todo insuficiente para garantizar la validez y fiabilidad de un cuestionario relacionado con la salud (Batista-Foguet et al., 2004); en este sentido, el AFC es la alternativa adecuada.

El diseño ideal de un instrumento de medida no consiste tanto en una única batería de ítems relativos al constructo global de interés como a la optimización de subconjuntos de ítems específicos para cada dimensión. Justamente, aunque el modelo propuesto a partir del ACP parece ser el apropiado, sus indicadores de bondad de ajuste no resultan del todo satisfactorios.

Asimismo, el desarrollo de los dos modelos factoriales alternativos optimiza un mayor número de estos indicadores. Según Herrero (2010), si en la práctica un modelo presenta un buen ajuste a través de los indicadores RMSEA y CFI conjuntamente, es muy poco probable que no sea adecuado; lo que constituye una buena guía en la búsqueda del modelo mejor ajustado a los datos. No obstante, con los resultados logrados podemos subrayar que el Modelo 3 no mejora sustancialmente los indicadores de bondad de ajuste respecto del Modelo 2, puesto que ambos apuntan a un coeficiente de determinación con comportamiento similar. Las diferencias pueden ser resueltas por el denominado *Principio de la Navaja de Ockham*, que apoya la idea de que, en igualdad de condiciones, ante dos explicaciones alternativas de una misma realidad siempre será preferible la más sencilla (Aldás & Uriel, 2017). En este sentido, también existe igualdad en el número de grados de libertad de ambos modelos. No obstante, el segundo modelo mantiene inalterada la estructura factorial propuesta ya que modifica únicamente las correlaciones de los errores. El tercer modelo altera la estructura inicial

propuesta para la variable 20, añadiéndola además en la componente 7. Por todo ello, estimamos que el ajuste global del Modelo 2 muestra mejor comportamiento estadístico.

Los resultados del AFC marcan la línea de trabajo a seguir, puesto que sus indicadores no mejoran claramente en relación a la estructura iniciada con el AFE. Esta circunstancia apoya la hipótesis de que la debilidad del constructo se encuentra en los ítems reseñados con anterioridad, afirmando las estrategias por la que deberán ser mejorados en el futuro.

Con todo ello, debemos destacar que la excelente fiabilidad y validez de la escala de medida avalan la utilidad de los resultados.

Tras este proceso de validación, se inició la difusión del cuestionario a través de las redes sociales. El número de respuestas fue estimable dado que en las primeras 72 horas se consiguió casi la mitad de entrevistados. El resto de la muestra se distribuyó durante los tres meses en los que se completó el trabajo de campo.

#### **17.3.5. Aplicabilidad clínica**

En relación a este epígrafe, se debe abordar dos aspectos. En primer lugar, la mejora de la competencia clínica de las enfermeras con el uso de DE en detrimento de la importancia de los registros generados con su uso. En segundo lugar, las aptitudes de las enfermeras para el razonamiento clínico.

La aplicabilidad clínica de una clasificación diagnóstica abarca su utilidad. En este segmento se han obtenido las mayores evidencias de nuestro estudio. Aunque no se alcanza una demostración clarificadora que correlacione la intensidad de uso de NANDA-I con su utilidad, las evidencias señalan la certeza de que NANDA-I es la clasificación más aplicada en nuestro contexto asistencial, lo que concuerda con los datos de los ICE registrados. De esta manera, se puede afirmar que la utilidad e intuitividad de los DE no está determinada por su aplicación clínica real. Sorprendentemente, los profesionales que trabajan en el ámbito académico y en investigación, junto con los que acreditan mayor formación académica, determinan que NANDA-I ofrece mucha utilidad. Resulta paradójico en relación a la afirmación

anterior en la que estos profesionales con grado de Doctor revelaron en mayor medida que NANDA-I carecía de fundamentos sobre su nivel de evidencia científica.

Por el contrario, los supervisores y directivos que se dedican en exclusividad a la gestión, sin combinarla con actividad asistencial, juzgan de forma significativa que NANDA-I no es útil. Es revelador que entre los profesionales que desempeñan solo función asistencial no se opine del mismo modo, en uno u otro sentido. Con todo ello, debemos deliberar acerca de la credibilidad académica y científica que ostenta, al menos, una parte de los individuos de la muestra. En este sentido, los gestores matizan, significativamente, que NANDA-I no es intuitiva; solo los profesionales que trabajan en distintos ámbitos laborales estiman que NANDA-I sea intuitiva. En esta ocasión, no existe significación estadística en otros grupos con desigual formación académica. Sería conveniente abordar en profundidad los motivos reales por los que los profesionales que menos utilizan los DE en el contexto clínico se posicionan a favor o en contra de la utilidad de NANDA-I. De manera discordante, aunque se ha comprobado que NANDA-I puede resultar útil e intuitiva en determinados ámbitos y funcionales laborales, no existen evidencias acerca de la influencia que tienen para la toma de decisiones sobre los cuidados a prescribir.

Otra cuestión corresponde a la calidad de los registros; siendo preciso el abordaje con instrumentos validados para tal efecto. En este sentido, Rabelo-Silva y colaboradores (2017) evaluaron de forma comparada 2 centros hospitalarios que utilizaban distintos sistemas clasificatorios. El Centro 1: NNN y el Centro 2: CIPE. Para este propósito emplearon el instrumento Q-DIO (puntuación máxima: 58); la puntuación total en el Centro 1 fue  $35,4 \pm 6,4$  mientras que el Centro 2 fue  $31,7 \pm 4,6$  ( $p < 0,001$ ). Las diferencias fueron significativas en cada una de las dimensiones de Q-DIO. En la dimensión "*Diagnóstico enfermero como proceso*" el Centro 2 (CIPE) obtuvo valores más altos (Centro 1:  $9,6 \pm 3,9$ ; Centro 2:  $11,1 \pm 2,6$ ;  $p = 0,015$ ), mientras que el Centro 1 (NNN) fueron superiores las dimensiones "*Diagnóstico enfermero como producto*" (Centro 1:  $13,1 \pm 2,1$ ; Centro 2:  $9,1 \pm 1,1$   $p < 0,001$ ), "*Intervenciones enfermeras*" (Centro 1:  $5,4 \pm 0,8$ ; Centro 2:  $5 \pm 1$ ;  $p = 0,026$ ) y "*Resultados enfermeros*" (Centro 1:  $7,3 \pm 2,6$ ; Centro 2:  $6,4 \pm 2,3$ ;  $p = 0,044$ ).



Nomura, Silva & Almeida (2016) compararon registros tras aplicar Q-DIO (N=224) antes y después de implantar un sistema de acreditación para la calidad asistencial. Observaron mejoras significativas, principalmente en el bloque “*Diagnóstico enfermero como proceso*” (antes: Me=5; P25=2; P75=9; después: Me=13; P25=9; P75=16) y ligeramente en el “*Diagnóstico enfermero como producto*” (antes: Me=15; P25=13; P75=16; después: Me=15; P25=14; P75=16).

En relación a las aptitudes para el razonamiento diagnóstico, los resultados cualitativos señalan el adiestramiento y experiencia clínica como elementos favorecedores de un proceso de pensamiento enfermero crítico que confiere una práctica reflexiva dotada de significado, intelectual, basada en la evidencia y que contribuya a la utilidad clínica requerida para la precisión diagnóstica.

Retomando la comparación con Portugal, Morais y colaboradores (2015) advirtieron imprecisión diagnóstica en el juicio clínico de los profesionales, tanto usando NANDA-I (23,5%) como usando CIPE (44,2%); las discrepancias y diversidad en las inferencias diagnósticas subsistieron en ambos grupos.

Como norma general, los problemas de salud enjuiciados mayormente como DE están supeditados a intervenciones que afectan al cuidado directo sobre las personas. Estos DE están alineados según dos corrientes paradigmáticas; por un lado, vinculada a la labor salutogénica por la que se fomenta el autocuidado de las personas. Por otro lado, insertada en el tradicional paternalismo que prioriza el cuidado focalizado en la vigilancia y seguimiento de las respuestas humanas expresadas por enfermedades. Del mismo modo, las Etiquetas diagnósticas estimadas en menor medida como DE, están igualmente insertadas en el paradigma paternalista y biomédico.

En este sentido, las Etiquetas diagnósticas propuestas han evidenciado contrastes en los procesos de pensamiento. Las diferencias son significativas en función del ámbito laboral de las enfermeras. De forma sorprendente, los DE encontrados mayoritariamente en los registros de los ICE no corresponden con los que han resultados significativos con la aplicación de EVALUAN-I. Por el contrario, los DE con significación estadística conciernen a ámbitos laborales precisos.

*Conocimientos deficientes*, es la primera Etiqueta diagnóstica relevante. NANDA-I la define como “*carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico*” (Herdman & Kamitsuru, 2015); constituye una situación muy relacionada con la EPS, principalmente destacada entre los profesionales del contexto académico e investigador. Solamente los que trabajan en atención hospitalaria consideran que su alineación con la disciplina enfermera es inferior. Con bastante probabilidad será necesario profundizar tal atribución a los modelos y dinámicas de trabajo en el contexto hospitalario.

Por el contrario, *Deterioro del intercambio de gases* es un DE con mayor disparidad de opinión. Los profesionales del ámbito de la atención hospitalaria son, igualmente, los que opinan que no se trata de un DE. Con bastante probabilidad, este resultado es debido a que son las enfermeras que mejor conocen las implicaciones de este problema de salud y las competencias requeridas para su abordaje clínico. Este DE se inserta en la Clase *Función respiratoria*, del Dominio *Eliminación e intercambio*. NANDA-I lo define como “*exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar*” (Herdman & Kamitsuru, 2015). En línea con los criterios establecidos por Gordon (1996) acerca de lo que no es un DE, comporta una importante carga semántica biomédica, cuyo abordaje está supeditado a decisiones clínicas concernientes a la competencia de otros profesionales, principalmente médicos. En las enfermeras recae la sustancial labor de vigilancia y seguimiento de su evolución fisiopatológica.

El tercer DE que mostró resultados significativos fue *Insomnio*. Ha sido definido por NANDA-I como “*trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento*” (Herdman & Kamitsuru, 2015). CIE-10 establece variaciones del insomnio. Por un lado, trastornos del sueño secundarios a causas orgánicas; por otro lado, trastornos del sueño no debidos a sustancias o afecciones fisiológicas conocidas, tales como insomnio primario, paradójico o psicofisiológico. Del mismo modo, la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño distingue entre insomnio primario y secundario, señalando distintos tipos de insomnio; resaltan insomnio agudo, psicofisiológico, paradójico e idiopático entre otros (Gállego Pérez-Larraya et al., 2007). Desde esta perspectiva, la categoría diagnóstica de NANDA-I impide construir un diagnóstico diferencial adecuado; aunque se

determinen las posibles etiologías de este insomnio, no queda especificada la naturaleza diagnóstica con la que encauzar su proceso evolutivo y resolutivo en consonancia con el método científico estructurado.

A la luz de los resultados, estamos en disposición de argumentar que estos DE no otorgan especificidad a la ciencia enfermera. La singularidad de esta disciplina recae en las intervenciones y resultados o indicadores de resultado establecidos por las enfermeras desde el ámbito competencial autónomo. En cualquiera de éstos y otros problemas de salud existen dificultades para concretar su juicio clínico. Tal como señaló Müller-Staub (2009), la simple declaración de la etiqueta diagnóstica resulta insuficiente para otorgar la necesaria precisión diagnóstica. La precisión y la calidad de los juicios clínicos mejoran al destacar el componente etiológico (Florin et al., 2005) e identificar la sintomatología. Según Porcel-Gálvez, a veces las respuestas humanas son difíciles de discernir. Pueden existir diagnósticos afines y ciertos diagnósticos que implican grados, niveles o estadios que dificultan la conclusión diagnóstica (Porcel-Gálvez, 2021). La correlación alcanzada con el uso del formato PES no acota la intensidad o gravedad del problema de salud. De esta manera, los descriptores diagnósticos del eje 3 de NANDA-I no contribuyen con los necesarios y suficientes niveles de tipificación para establecer el *gradiente de intensidad del juicio clínico*. Este gradiente permite escalonar con objetividad criterios de *leve, moderado o grave* para cada Etiqueta diagnóstica. Se propone incorporar un nuevo indicador con base científica que posibilite conocer la eficacia de las intervenciones enfermeras dirigidas a modificar sus FR, o cuando no sea posible sobre éstos, abordar las CD del problema, tal como argumentaron Butcher y colaboradores (2018).

#### **17.3.6. Diagnósticos enfermeros y continuidad de los cuidados**

Durante décadas, entre las prioridades de investigación en Enfermería en España, ha estado la calidad de los cuidados en el ámbito de la continuidad y coordinación asistencial (Orts Cortés et al., 2000). Han transcurrido 20 años desde los resultados de este estudio, pero estas líneas de investigación prioritarias siguen estando vigentes; continúan las exigencias por mejorar la comunicación entre profesionales del mismo o distintos niveles asistenciales.

Parte de esta calidad es responsabilidad de los registros realizados con lenguajes normalizados, en concreto los juicios clínicos realizados por las enfermeras. En esta línea de trabajo Johnson, Sandford, & Tyndall (2003) concluyeron que combinar verbalmente y por escrito la información sobre el proceso asistencial mejora el conocimiento y la satisfacción de los pacientes sobre su estado de salud al alta hospitalaria. Desde esta apreciación, la fusión conceptual y coordinada con otras disciplinas hace innecesario incorporar en el lenguaje propio los conceptos de otras disciplinas aceptados internacionalmente para su uso asistencial. Por el contrario, es preciso efectuar esfuerzos para establecer criterios que distingan los aspectos de exclusividad competencial enfermera, desde una perspectiva metaparadigmática. En este escenario, según Wibe, Ekstedt, & Hellesø (2015) es preciso adaptar las rutinas hospitalarias y la cultura profesional para promover una atención transparente y mejorar la comunicación interdisciplinar.

Los resultados cualitativos logrados han resaltado las bondades de los sistemas de lenguajes normalizados para la comunicación. De este modo, la estandarización terminológica enfermera unifica la práctica y facilita la comunicación, pero aún se mantiene el reto de mejorar el potencial de salud en la población. Según argumentan Ugalde Apalategui & Lluch Canut (2011), la aportación que realizan las taxonomías a este entramado se relaciona con la visibilidad de las enfermeras en el sistema de salud. Las enfermeras necesitan algo más que terminologías y procedimientos estandarizados; se requiere un enfoque hacia el pensamiento reflexivo, adquirir una comprensión profunda de su práctica y mejorar las habilidades críticas (Chiffi & Zanotti, 2014) con el objetivo de consolidar esta madurez científica.

Por otro lado, tal como ha revelado Morilla Herrera y colaboradores (2005), algunos de los factores que dificultan la continuidad asistencial son la heterogénea evolución de los servicios de salud como resultado de los continuos recortes de recursos económicos, materiales y humanos; unido a cierto escepticismo por parte de algunos sectores profesionales. Estos autores proponen nuevas estrategias para conceptualizar el marco de atención; plantean líneas estratégicas de intervención que garanticen la integralidad de la atención o encuadrar las experiencias y los resultados alcanzados en determinadas áreas de intervención. Por último,

proponen la necesidad de incrementar espacios para potenciar la investigación y mejorar la efectividad de las intervenciones que favorezcan una atención integral.

Utilizar sistemas de clasificación mejora los registros en salud, beneficiando a pacientes y profesionales en la correcta toma de decisiones clínicas, lo que conlleva mayor calidad, coherencia y seguridad en la prestación de la asistencia sanitaria. En este sentido, la práctica basada en procesos asistenciales integrados permite designar indistintamente entre DE u otros diagnósticos con el propósito de que las situaciones de salud-enfermedad puedan ser abordadas y resueltas con perspectiva transdisciplinar; integran los distintos sistemas terminológicos disponibles y engrandecen el potencial, la inteligencia y la cohesión de equipo de salud.

A la vista de los resultados cualitativos, y en espera de obtener resultados determinantes, parece plausible que el logro de un modelo integrado para la continuidad asistencial está más desarrollado en el modelo sanitario de Portugal. En ese contexto, en el momento del alta hospitalaria el paciente se lleva un único informe clínico que incluye de manera informatizada toda la información relativa al proceso asistencial, con la información correspondiente a cada uno de los profesionales que ha intervenido en su proceso de salud. En este escenario, es posible el desarrollo particular de cada uno de los miembros del equipo de salud para aprender, enseñar, comunicarse, razonar y pensar mediante el establecimiento de metas, valores y comunicación compartidos; sin un techo jerárquico. En el momento actual existe un desequilibrio de poder entre estas disciplinas; como consecuencia surgen identidades profesionales establecidas e históricamente arraigadas (Gordon, Mendenhall & O'Connor, 2012; en Meleis, 2016) que mantienen la desigualdad interdisciplinar.

A nivel mundial, los determinantes estructurales de los sistemas sanitarios están centrados en la ciencia y las intervenciones biomédicas, con enfoque y primacía hacia la enfermedad, en detrimento de la EPS y la capacitación para el autocuidado. En términos de Meleis (2016), las enfermeras son juzgadas con inferioridad científica en la mayoría de culturas, estableciéndose barreras para la orientación

interdisciplinar, persistiendo los privilegios hacia el centrismo médico. En este orden, las relaciones efectivas entre los integrantes del equipo de profesionales dependen de la comprensión y el respeto hacia los roles de los demás, así como la contribución en la prestación de servicios. La falta de comprensión en la función de cada uno de sus miembros es un problema que afecta a la capacidad de comunicación. En palabras de Mills y colaboradores (2010), es necesario mayor claridad y conocimiento de la función de cada uno de los miembros del equipo para proporcionar una atención integral y culturalmente apropiada.

### **18. Limitaciones de la investigación**

La principal limitación de la investigación reside en la amplitud y complejidad del propio objeto de estudio.

Aunque existe variada literatura que indaga acerca de algunos rasgos, características o determinados diagnósticos de NANDA-I, en el contexto internacional no se encuentran antecedentes sobre su evaluación integral como sistema clasificatorio; no solo acerca de la configuración estructural de sus contenidos, sino su adecuación teórica, funcionalidad clínica o la percepción de los profesionales.

La primera dificultad encontrada ha sido la ausencia de un instrumento de medida validado para evaluar NANDA-I; para desarrollarlo se ha tenido que desplegar un extenso marco teórico, seguido por una compleja fase cualitativa, que podía haber constituido en sí misma una sola investigación.

Con este talante, desde la metodología cualitativa se ha realizado una aproximación al contexto internacional de Portugal para conocer las implicaciones que tiene para la práctica asistencial el uso de un sistema de clasificación alternativo como es CIPE. Se ha considerado que el nivel de comprensión de los informantes ha sido adecuado, aunque hay que tener presente que el empleo de entrevistas en profundidad como técnica de recogida de datos puede constituir una primera limitación. En cualquier caso, el abordaje realizado ha sido insuficiente para observar las implicaciones derivadas del uso de sistemas clasificatorios alternativos desde una misma perspectiva integral; en esta ocasión también podía haber constituido el objeto de estudio de otra investigación.

En relación a las poblaciones estudiadas, se han encontrados nuevas dificultades. Una limitación importante de la investigación está relacionada con la reedición bianual de NANDA-I, que implica modificaciones en la configuración tanto de los indicadores como de las Etiquetas diagnósticas de la clasificación; del mismo modo puede constituir una potencialidad que permitiría objetivar mejoras sustanciales en futuras investigaciones.

Respecto a los ICE analizados, se destacan varias dificultades; por un lado, el acceso a los registros hospitalarios requiere sucesivos trámites burocráticos que no han sido solventados mediante solicitud centralizada a la Dirección General de Programas asistenciales para el acceso a la totalidad de registros de la Comunidad Autónoma de Canarias. Por otra parte, se destaca el elevado número de ICE así como la extracción y análisis de los datos de forma manual a partir de documentos de texto. Todo ello ha condicionado delimitar esta población a la de un solo hospital, pudiendo constituir un sesgo de selección que sobreestime la representatividad de los resultados en relación a los ICE en otros contextos y que deberá ser averiguado mediante futuras investigaciones con diseño multicéntrico.

En cuanto a EVALUAN-I, se ha optado por abordar la población de enfermeras del contexto nacional dado que se trataba de su primera aplicación, renunciando a la exhaustividad y representatividad deseable por considerar este trabajo una aproximación inicial al objeto de estudio. En principio, no se pretende extrapolar los resultados, sino analizar una muestra concreta para verificar el comportamiento estadístico de la escala. En este sentido, la complejidad conceptual del instrumento ha sido contrastada durante el proceso de validación, lo que ha sido señalado por algunos entrevistados y que deberá mejorarse en futuras aplicaciones.

En relación a los resultados, deberán ser considerados con cautela en espera de otros posteriores, dotados de mayor representatividad.

## 19. Conclusions/conclusiones

### **Conclusions:**

NANDA-I diagnostic classification is a taxonomy recognised by nurses, although some limitations need to be addressed to promote its use in the clinical setting.

NANDA-I is the most widely used diagnostic classification in Spain although there are positive and negative perceptions that vary its meaning and use in clinical practice.

The content analysis of the NANDA-I classification and the nursing care reports at hospital discharge shows a low level of evidence of nursing diagnoses and the predominance of problem-focused diagnostic labels with poor resolution, as well as a lack of theoretical linkage to nursing models in clinical practice.

In the qualitative phase, it was considered necessary to improve the operability of the nursing process in the care context through effective interprofessional communication that promotes the development of nurses' diagnostic competence, for which it is necessary to improve their academic training and the clinical usefulness of the taxonomies in line with the nursing metaparadigm.

The frequency in the use of nursing diagnoses, the level of academic education and the work setting in which nurses work are related to the applicability and clinical utility of NANDA-I.

The design and evaluation process of EVALUAN-I shows that it is a reliable and valid instrument to evaluate NANDA-I in a structured and systematised way through 9 dimensions of analysis that allow optimising the epistemological, normative and intuitive configuration of NANDA-I to favour its clinical appropriateness, improving the visibility and impact of nurses in health systems.



**Conclusiones:**

La clasificación diagnóstica NANDA-I es una taxonomía reconocida por las enfermeras, aunque se precisa abordar algunas limitaciones para promover su uso en el ámbito clínico.

NANDA-I es la clasificación diagnóstica más empleada en España aunque existen percepciones positivas y negativas que varían su significado y utilización en la práctica clínica.

El análisis de contenido de la clasificación NANDA-I y de los informes de cuidados enfermeros al alta hospitalaria expone un bajo nivel de evidencia de los diagnósticos enfermeros y el predominio de Etiquetas diagnósticas focalizadas en el problema con escasa resolución así como ausencia de vinculación teórica con los modelos enfermeros en la práctica asistencial.

En la fase cualitativa se ha estimado la necesidad de mejorar la operatividad del proceso enfermero en el contexto asistencial a través de una efectiva comunicación interprofesional que promueva el desarrollo de la competencia diagnóstica de las enfermeras, para lo cual es preciso mejorar su formación académica y la utilidad clínica de las taxonomías en consonancia con el metaparadigma enfermero.

La frecuencia con la que se utilizan los diagnósticos enfermeros, el nivel de formación académica y el ámbito laboral en el que trabajan las enfermeras se relacionan con la aplicabilidad y utilidad clínica de NANDA-I.

El proceso de diseño y evaluación de EVALUAN-I muestra que es un instrumento fiable y válido para evaluar NANDA-I de una manera estructurada y sistematizada a través de 9 dimensiones de análisis que permiten optimizar la configuración epistemológica, normativa e intuitiva de NANDA-I para favorecer su adecuación clínica, mejorando la visibilidad y el impacto de las enfermeras en los sistemas de salud.

## 20. Implicaciones para la práctica

Con la consecución de los objetivos de investigación se ha obtenido información para aproximar un enfoque crítico sobre la adecuación de NANDA-I al contexto clínico desde una perspectiva disciplinar, fundamentada en un paradigma transdisciplinar en el que la atención a los procesos de salud acontecen de manera integrada a partir de las competencias enfermeras.

Las mejoras en una clasificación diagnóstica como NANDA-I tiene repercusiones sustanciales para el desarrollo de la Enfermería en el contexto internacional. Como consecuencia, optimizaría la precisión y especificidad del juicio clínico de las enfermeras, favoreciendo la visibilidad, potencialidad y autonomía científica de estos profesionales.

En el ámbito universitario, se podría focalizar la formación de los estudiantes hacia un conocimiento profundo de los elementos metaparadigmáticos, dotando a los futuros profesionales de una comprensión de sus competencias estructurada, sistemática y con mayor grado de autonomía, mejorando la percepción sobre los sistemas de lenguajes enfermeros.

En el entorno asistencial, la implementación de una práctica reflexiva provista de fundamentación teórica, a partir de conocimientos propios, favorecería el uso preciso de unos DE enfocados a la detección de problemas de salud cuya resolución contempla las intervenciones y los resultados que comprometen primordialmente a las enfermeras. Esta circunstancia conllevaría relegar muchas de las tareas que, actualmente, son asignadas a las enfermeras y no corresponden a su ámbito competencial, mejorando la motivación de estos profesionales. Con el desarrollo de procesos asistenciales integrados se promovería un cambio de paradigma en el sistema sanitario, confiriendo mayor transversalidad y una auténtica coordinación y corresponsabilidad transdisciplinar, cuyo auténtico eje central sean las personas. Por otra parte, favorecería el desarrollo de perfiles específicos para la práctica avanzada y la prestación de cuidados de alta calidad.

En el ámbito de la gestión, las mejoras en la efectividad de las intervenciones planificadas y los resultados objetivados en la salud de la población, conllevaría el ahorro eficiente de los costes económicos. Desde la perspectiva de la dotación de ratios asistenciales, otorgaría auténtica visibilidad a la labor exclusiva de las enfermeras, sin diluirse en la cartera de servicios ofertados. En la actualidad, con las dinámicas de trabajo del modelo asistencial imperante, se puede estar premiando la dotación de recursos humanos y materiales a otras categorías profesionales en detrimento de la Enfermería.

## 21. Líneas futuras de investigación

Las evidencias encontradas constituyen un punto de partida para continuar investigando en esta línea.

Como ha sido expuesto anteriormente, con la divulgación de las sucesivas ediciones de NANDA-I será plausible, tras su implementación en la práctica asistencial, evaluarlas periódicamente con EVALUAN-I.

En lo que acontece al análisis de los registros clínicos, será interesante evaluar los ICE desarrollando estudios multicéntricos a través de los que observar de manera comparativa las distintas realidades asistenciales; no solo en instituciones hospitalarias, sino en centros de AP. En este sentido, será conveniente apoyar dichas investigaciones a través del uso de alguno de los instrumentos disponibles en la literatura científica, de manera que podamos evaluar simultáneamente la calidad de los registros en el contexto de los objetivos planteados en nuestra investigación.

En relación al análisis dimensional de EVALUAN-I, el constructo de variables latentes derivado del ACP es congruente con el modelo teórico de la configuración factorial del instrumento; no obstante, sucesivas aplicaciones deberán mejorar las propiedades métricas del constructo con la finalidad de optimizar la validez y fiabilidad de los resultados. En este sentido, será interesante, además, abordar nuevas poblaciones cuyas características sociodemográficas otorguen mayor grado de homogeneidad; por el contrario, efectuar estratificaciones poblacionales en grupos heterogéneos con muestras de mayor tamaño.

Por otra parte, se ha vislumbrado la necesidad de abordar algunos aspectos esenciales de la disciplina, tales como la adecuada definición y tipificación del constructo “*respuesta humana*”, por el que se fundamenta la especificidad del DE.

## 22. Bibliografía

Abed El-Rahman, M., Al Kalalkeh, M. T., & Malak, M. Z. (2017). Perceptions and Attitudes Toward NANDA-I Nursing Diagnoses: A Cross-Sectional Study of Jordanian Nursing Students. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(1), 13–18. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12100>

Abhyankar, S., Vreeman, D. J., Westra, B. L., & Delaney, C. W. (2018). Letter to the Editor-Comments on the Use of LOINC and SNOMED CT for Representing Nursing Data. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(2), 82–85. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12183>

Achury-Saldaña, D. M., Rodríguez, S. M., Achury-Beltrán, L. F., Padilla-Velasco, M. P., Leuro-Umaña, J. M., Martínez, M. A., Soto-Rodríguez, J. A., Almonacid-Lever, Y., Sosa, Á. M., & Camargo-Becerra, L. E. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*, 13(3), 363–372. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972013000300005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972013000300005&script=sci_abstract&tlng=pt)

Adler, R., Vasiliadis, A., & Bickell, N. (2010). The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Family Practice*, 27(2), 171–178. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp099>

Aiken, L. H. (2006). *Improving quality through nursing. Policy Challenges in Modern Health Care* (D. Mechanic, L. B. Rogut, J. R. Knickman, & D. Colby (eds.)). New Jersey, USA: Rutgers University.

Alcolea Cosín, M. T., Oter Quintana, C., & Martín García, Á. (2003). Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. *Nure Investigación*, 52, 1–7. <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/538>

Aldás, J., & Uriel, E. (2017). *Análisis multivariante aplicado con R* (2ª). Madrid, España: Paraninfo.

Alfaro-LeFevre, R. (2014). *Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento*

clínico (8ª). Barcelona, España: Lippincott Williams & Wilkins.

Alvarado Orellana, S. (2014). *Aportes metodológicos en la estimación de tamaños de muestra en estudios poblacionales de prevalencia* [Universitat Autònoma de Barcelona, España]. En (Tesis Doctoral). <https://ddd.uab.cat/record/127158>

Amad Pastor, M. (2014). Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero ansiedad [Universidad de Murcia, Murcia, España]. En (Tesis Doctoral). <http://www.tdx.cat/handle/10803/133928>

Amezcuca, M. (2014). Enfermeras y Sociedad, ¿son pensables las alianzas? *Index de Enfermería*, 23(1-2), 7-9. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000100002>

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

Argibay, J. C. (2009). Muestra en investigación cuantitativa. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13(1), 13-29. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/719>

Arias Alpízar, L. M. (2009). Interdisciplinariedad y Triangulación en Ciencias Sociales. *Diálogos Revista Electrónica*, 10(1), 120. <https://doi.org/10.15517/dre.v10i1.6130>

Arnone, J. M., & Fitzsimons, V. (2015). Plato, Nightingale, and Nursing: Can You Hear Me Now? *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(4), 156-162. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12059>

Asociación Española de Nomenclatura Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. (2016). *XI Jornada de trabajo. AENTDE. "20 años impulsando los Lenguajes enfermeros"* (AENTDE Ed.). Madrid, España: AENTDE.

Azzolin, K., Mussi, C. M., Ruschel, K. B., de Souza, E. N., de Fátima Lucena, A., & Rabelo-Silva, E. R. (2013). Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research*, 26(4), 239-244. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.08.003>

Barani, M., & Kopitowski, K. (2012). Toma de decisiones compartidas: centrando los

cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. *Revista Del Hospital Italiano de Buenos Aires*. [http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/servicios\\_attachs/8761.pdf](http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/servicios_attachs/8761.pdf)

Barrientos-Trigo, S. (2015). Validez externa y convergencia de la escala INICIARE 2.0 y Care Dependency Scale: estudio multicéntrico [Universidad de Sevilla, Sevilla, España]. En (*Tesis Doctoral*). <https://idus.us.es/handle/11441/25455>

Barros, A. L. B. L. de. (2009). Classification of Nursing Diagnoses and Interventions: NANDA and NIC. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(spe), 864–867. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700003>

Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Med Clin (Barc)*, 122 (Supl), 21–27. [https://www.researchgate.net/profile/Joan\\_manuel\\_Batista-foguet/publication/277156595\\_04\\_SUPLEMENTO\\_2\\_21-27/links/55641b4b08ae6f4dcc98c10d.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joan_manuel_Batista-foguet/publication/277156595_04_SUPLEMENTO_2_21-27/links/55641b4b08ae6f4dcc98c10d.pdf)

Beckstead, J. W. (2009). Taxonomies of nursing diagnoses: A psychologist's view. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.010>

Berardinelli, L. M. M., Martins, A. M. da F., Clos, A. C., Santos, I. dos, Santos, M. L. dos, & Correia, L. M. (2012). Care conceptions from the nursing residents' point of view: links between theory and practice. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(esp.1), 567–572. <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/5781/4199>

Bittencourt, G. K. G. D., & Crossetti, M. da G. O. (2013). Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 341–347. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200010>

Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., & Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*, 9(1), 6–13. <https://doi.org/10.1136/qhc.9.1.6>

Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2002). Long-term increase in quality of

nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(1), 34–42. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00049.x>

Blegen, M., & Tripp-Reimer, T. (1997). Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 37–49. [http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1997/03000/Implications\\_of\\_Nursing\\_Taxonomies\\_for.5.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1997/03000/Implications_of_Nursing_Taxonomies_for.5.aspx)

Boletín Oficial del Estado. [BOE]. (1952). *Decreto de 27 de junio de 1952 por el que se organizan los estudios de la carrera de Enfermera*. <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1952/209/A03474-03475.pdf>

Boletín Oficial del Estado. [BOE]. (1977). *Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería*. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-20006>

Boletín Oficial del Estado. [BOE]. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Boletín Oficial del Estado. [BOE]. (2003a). *Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715>

Boletín Oficial del Estado. [BOE]. (2003b). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Boletín Oficial del Estado. [BOE]. (2018). *Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud*. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-14199>

Braga, C. G., & Cruz, D. de A. L. M. da. (2003). The Taxonomy II proposed by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2), 240–244. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000200016>



Breigeiron, M. K., Moraes, V. da C., & Coelho, J. C. (2018). Signs and symptoms in Gaucher Disease: priority nursing diagnoses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 104–110. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0434>

Brito Brito, P. R. (2017). Cuidadología: pensamientos sobre el nombre de nuestra disciplina. *ENE, Revista de Enfermería*, 11(2). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2017000200002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2017000200002&script=sci_arttext&tlng=pt)

Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, USA: Guilford Publications.

Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Bulechek, G. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)*. St. Louis, Missouri, USA: Elsevier.

Butler, M., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Mac Neela, P., Irving, K., Byrne, A., & Drennan, J. (2006). Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 364–375. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03909.x>

Cabal, V. E., & Guarnizo, M. T. (2011). Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6, 73–81. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036648.pdf>

Cabrero García, J., & Richard Martínez, M. (1996). El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería Clínica*, 6(5). [http://www.academia.edu/download/44729860/AD\\_Cabrero\\_Garcia-Martinez\\_Unidad\\_2.pdf](http://www.academia.edu/download/44729860/AD_Cabrero_Garcia-Martinez_Unidad_2.pdf)

Caldón, E. F., Uribe, G., López, D. M., Oliveira, J. P. M. de, & Wives, L. K. (2010). Mecanismos de anotación semántica de contenidos en plataformas de redes sociales. *Cuadernos de Informática*, 5(1), 89–99. <https://www.seer.ufrgs.br/cadernosdeinformatica/article/view/v5n1p89-99/10077>

Camacho Bejarano, R. (2014). Evaluación del Proceso Asistencial Cáncer de Mama [Universidad de Huelva, Huelva, España]. En *(Tesis Doctoral)*. <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/9958>

Cañón-Montañez, W., & Rodríguez-Acelas, A. L. (2010). Desarrollo de la Investigación en Diagnósticos de Enfermería. *Revista Cuidarte*, 1(1), 63–72. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v1i1.75>

Capra, F. (1987). *El punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente* (3ª). Barcelona, España: Integral Editores.

Cardoso, A., & Paiva e Silva, A. (2010). Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health: a study on the cultural suitability of ICNP®. *International Nursing Review*, 57(4), 426–434. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00829.x>

Carpenito, L. (2005). *Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería: diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración* (4ª). Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.

Carrillo González, G. M., & Rubiano Mesa, Y. L. (2007). La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(3), 1–11. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009)

Carrington, J. M. (2008). The effectiveness of electronic health record with standardized nursing languages for communicating patient status related to a clinical event. [University of Arizona, Arizona, USA.]. En *(Tesis Doctoral)*. <https://repository.arizona.edu/handle/10150/195397>

Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63–72. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007)

Carvalho, O. M. C., Silva, V. M. da, Távora, R. C. de O., Chaves, D. B. R., Beltrão, B. A., & Lopes, M. V. de O. (2015). Adecuación de las características definitorias en los diagnósticos de deterioro del intercambio de gases y de la ventilación espontánea en niños asmáticos. *Enfermería Clínica*, 25(6), 296–304. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.07.007>

Castro Naval, E. (2017). El Modelo Bifocal de Práctica Clínica de Lynda J. Carpenito en

enfermería, aplicado en el Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya [Universitat de Barcelona, Barcelona, España]. En (Tesis Doctoral). <https://www.tdx.cat/handle/10803/457140>

Cela Conde, C. J., & Ayala, F. J. (2011). *Senderos de la evolución humana* (6ª). Madrid, España: Alianza Editorial.

Charrier, J., & Ritter, B. (2005). *El plan de cuidados estandarizado: Un soporte del diagnóstico enfermero: Elaboración y puesta en práctica*. Barcelona, España: Masson.

Chiffi, D., & Zanotti, R. (2014). Medical and nursing diagnoses: a critical comparison. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(1), 1–6. <https://doi.org/10.1111/jep.12146>

Cho, I., & Park, H. (2006). Evaluation of the Expressiveness of an ICNP-based Nursing Data Dictionary in a Computerized Nursing Record System. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(4), 456–464. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1982>

Coenen, A. (2003). The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Programme: Advancing a Unifying Framework for Nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(2). <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No2May2003/ArticlesPreviousTopics/TheInternationalClassificationforNursingPractice.html>

Collado Boira, E. J. (2014). Autocuidados y calidad de vida en pacientes enterostomizados [Cardenal Herrera-CEU, Valencia, España]. En (Tesis Doctoral). [http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/7039/1/Autocuidados y calidad de vida en pacientes enterostomizados\\_Tesis\\_Eladio Collado Boira.pdf](http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/7039/1/Autocuidados_y_calidad_de_vida_en_pacientes_enterostomizados_Tesis_Eladio_Collado_Boira.pdf)

Collins, A. (2013). Effect of Continuing Nursing Education on Nurses' Attitude Toward and Accuracy of Nursing Diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), 122–128. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01237.x>

Company-Sancho, M. C., Estupiñán-Ramírez, M., Sánchez-Janáriz, H., & Tristancho-Ajamil, R. (2017). The connection between nursing diagnosis and the use of healthcare resources. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 27(4), 214–221. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2017.04.005>

Consejo Internacional de Enfermeras. [CIE] (2002). *La definición de Enfermería*. Disponible en julio 16, 2018. En <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>

Convento de Arrábida. (1994). *Carta de la Transdisciplinariedad*. Filosofía En Español. Disponible en mayo, 28, 2019. En <http://www.filosofia.org/cod/c1994tra.htm>

Correa Casado, M. (2014). El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 5(2), 102–111. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3337>

Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98–104. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>

Costa, R. H. S., Nelson, A. R. C., Prado, N. C. da C., Rodrigues, E. H. F., & Silva, R. A. R. da. (2016). Diagnósticos de enfermagem e seus componentes em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(2), 146–153. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600021>

Craft-Rosenberg, M., & Jirathummakoon, S. (2003). Nursing Diagnosis Extension and Classification: Ongoing Phase. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 14(4), 2. [https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2003.001\\_3.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2003.001_3.x)

Cruz, D. M., Pimenta, C. M., & Lunney, M. (2009). Improving Critical Thinking and Clinical Reasoning With a Continuing Education Course. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(3), 121–127. <https://doi.org/10.3928/00220124-20090301-05>

Cruz, D. de A. L. M. da, Hayashi, A. A. M., Oliva, A. P. V., & Corrêa, C. G. (2006). Adaptação e validação do instrumento “Positions on nursing diagnosis” para a língua portuguesa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 163–167. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200008>

Cruz, D. de A. L. M. da, Kitazulo, R. C., Pimenta, C. A. M., Lima, A. F. C., & Gaidzinski, R. R. (2008). Atitudes frente ao diagnóstico de enfermagem durante a implementação de classificação de diagnósticos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(3), 281–288.

<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5031>

D'Agostino, F., Pancani, L., Romero-Sánchez, J. M., Lumillo-Gutierrez, I., Paloma-Castro, O., Vellone, E., & Alvaro, R. (2018). Nurses' beliefs about nursing diagnosis: A study with cluster analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1359–1370. <https://doi.org/10.1111/jan.13545>

D'Agostino, F., Sanson, G., Cocchieri, A., Vellone, E., Welton, J., Maurici, M., Alvaro, R., & Zega, M. (2017). Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2129–2142. <https://doi.org/10.1111/jan.13285>

D'Agostino, F., Vellone, E., Cerro, E., Di Sarra, L., Juárez-Vela, R., Ghezzi, V., Zega, M., & Alvaro, R. (2016). Psychometric evaluation of the Positions on Nursing Diagnosis scale. *Applied Nursing Research*, 29, e1–e6. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.012>

D'Agostino, F., Vellone, E., Tontini, F., Zega, M., & Alvaro, R. (2012). Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set. *Professioni Infermieristiche*, 65(2), 103–109. <https://europepmc.org/article/med/22795142>

Da Costa Linch, G. F., Müller-Staub, M., Moraes, M. A., Azzolin, K., & Rabelo, E. R. (2012). Cross-Cultural Adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) Instrument into Brazilian Portuguese. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 153–158. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01210.x>

Dantas, A. M. N., Silva, K. de L., & Nóbrega, M. M. L. da. (2018). Validation of nursing diagnoses, interventions and outcomes in a pediatric clinic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 80–88. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0647>

De-Souza-Cruz, M. C., & Mariscal-Crespo, M. I. (2016). Competencias y entorno clínico de aprendizaje en enfermería: autopercepción de estudiantes avanzados de Uruguay. *Enfermería Global*, 15(41), 121–134. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412016000100006&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412016000100006&script=sci_arttext&tlng=en)

De Bustos Guadaño, E. (2004). *Lenguaje, comunicación y cognición: temas básicos*. UNED.

[http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:305/Lenguaje\\_comunicacion\\_y\\_cognicion.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:305/Lenguaje_comunicacion_y_cognicion.pdf)

De la Peña Tejeiro, E. (2014). Pensamiento crítico y Taxonomía Diagnóstica NANDA: Estudio Comparativo de la comprensión, elaboración y aplicación del concepto diagnóstico de enfermería en el proceso enseñanza aprendizaje de los estudiantes de la Diplomatura en Enfermería [Universidad de Extremadura, Extremadura, España]. En *(Tesis Doctoral)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/144708>

De Matos Pimenta, C. A., Pedrosa, M. F. V, da Costa Lima, A. F., & Gaidzinski, R. R. (2009). Percepção de poder de enfermeiras frente ao seu papel clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 234–239. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200015>

De Paz, D., Galdeano, N., Garrido, M., Lacida, M., Martín, R., Morales, J. M., Pérez, R., Sánchez, N., & Terol, J. (2007). *Continuidad de Cuidados entre atención primaria y atención especializada*. Fundación Index. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.php>

De Pedro Gómez, J. E., & Morales Asencio, J. M. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index de Enfermería*, 13(44–45), 26–31. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100006&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100006&script=sci_arttext&tlng=en)

Dehmer, M., Hackl, W. O., Emmert-Streib, F., Schulc, E., & Them, C. (2013). Network Nursing: Connections Between Nursing and Complex Network Science. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01246.x>

Di Sarra, L., D'Agostino, F., Cocchieri, A., Vellone, E., Zega, M., & Alvaro, R. (2016). Nursing diagnoses and theoretical frameworks in neonatal units: a literature review. *Professioni Infermieristiche*, 69(1), 44–55. <https://doi.org/10.7429/pi.2016.6910044>

Diz Gómez, J. (2013). Precisión en dos diagnósticos enfermeros relacionados con la terapéutica en atención primaria: incumplimiento del tratamiento y manejo efectivo del régimen terapéutico [Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España]. En *(Tesis*

Doctoral). <http://eprints.ucm.es/22302/1/T33570.pdf>

Donahue, K. T., & Vanostenberg, P. (2000). Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 243–246. <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.3.243>

Dumoff, A. (2002). A Coding System for Alternative and Complementary Therapies: It's Not as Easy as ABC. *Alternative and Complementary Therapies*, 8(4), 246–252. <https://doi.org/10.1089/107628002320351398>

Durán de Villalobos, M. M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2(1), 7–18. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003)

Durán de Villalobos, M. M. (2018). Una mirada hacia afuera: proyección de enfermería para el 2050. *Aquichan*, 18(1), 5–8. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.1>

Elizalde, A., & Almeida, M. (2006). Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(4), 564–574. <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23572>

Endrino Lozano, V. (2011). El Informe de Continuidad de Cuidados en Urgencias como herramienta de mejora de la comunicación y continuidad de cuidados entre Atención Primaria y Atención Especializada. *Biblioteca Las Casas*, 7(1). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0582.php>

Erdogan, S., & Esin, N. M. (2006). The Turkish version of the Omaha System: Its use in practice-based family nursing education. *Nurse Education Today*, 26(5), 396–402. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.11.009>

Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>

Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories* (3<sup>a</sup>). Philadelphia, USA: F.A. Davis.

Fawcett, Jacqueline, Aronowitz, T., AbuFannouneh, A., Usta, M. Al, Fraley, H. E., Howlett, M. S. L., Mtengezo, J. T., Muchira, J. M., Nava, A., Thapa, S., & Zhang, Y. (2015). Thoughts about the Name of Our Discipline. *Nursing Science Quarterly*, 28(4), 330–333. <https://doi.org/10.1177/0894318415599224>

Federico, L. (2020). Modelos y Teorías en la ciencia del cuidado. Aclaraciones epistemológicas. *Cultura de Los Cuidados*, 24(56), 300–314. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.56.21>

Fehring, R. J. (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung*, 16(6), 625–629. [http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=nursing\\_fac](http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=nursing_fac)

Feng, R.-C., & Chang, P. (2015). Usability of the Clinical Care Classification System for Representing Nursing Practice According to Specialty. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 33(10), 448–455. <https://doi.org/10.1097/CIN.000000000000107>

Feng, R.-C., Tseng, K.-J., Yan, H.-F., Huang, H.-Y., & Chang, P. (2013). A preliminary study on the use of clinical care classification in nursing documentation data sets. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 112(3), 713–719. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2013.07.019>

Ferreira, A. M., Rocha, E. do N. da, Lopes, C. T., Bachion, M. M., Lopes, J. de L., & Barros, A. L. B. L. de. (2016). Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 307–315. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>

Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005). Quality of Nursing Diagnoses: Evaluation of an Educational Intervention. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16(2), 33–43. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2005.00008.x>

Francisco del Rey, C. (2008). De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional [Universidad de Alcalá, Madrid, España]. En (*Tesis Doctoral*). <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/2700>



Frauenfelder, F., Müller-Staub, M., Needham, I., & Van Achterberg, T. (2011). Nursing phenomena in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 221–235. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01659.x>

Frauenfelder, Fritz, van Achterberg, T., Needham, I., & Müller Staub, M. (2016). Nursing Diagnoses in Inpatient Psychiatry. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(1), 24–34. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12068>

Frazão, C. M. F. de Q., De Sá, J. D., De Paiva, M. das G. M. N., De Carvalho Lira, A. L. B., De Oliveira Lopes, M. V., & Enders, B. C. (2015). Association Between Nursing Diagnoses and Socioeconomic/Clinical Characteristics of Patients on Hemodialysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(3), 135–140. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12051>

Frigstad, S. A., Nøst, T. H., & André, B. (2015). Implementation of Free Text Format Nursing Diagnoses at a University Hospital's Medical Department. Exploring Nurses' and Nursing Students' Experiences on Use and Usefulness. A Qualitative Study. *Nursing Research and Practice*, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2015/179275>

Galindo Martínez, M. G., Rico Herrera, L., & Padilla Raygoza, N. (2014). Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. *Aquichan*, 14(1), 7–19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955969>

Gállego Pérez-Larraya, J., Toledo, J., Urrestarazu, E., & Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30((Supl. 1)), 19–36. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003)

Gálvez Toro, A. (2007). Errores en el lenguaje: Nursing no es Enfermería. Cuidado no es Care. *Biblioteca Las Casas*, 3(3). [www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0251/php](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0251/php)

García-Abad Martínez, M. P. (2012). Coordinación e implantación de estrategias en la continuidad de cuidados [Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España]. En (*Tesis Doctoral*). <https://www.tdx.cat/handle/10803/516903>

García-Tafolla, G., Muñoz-Canche, K. A., Alamilla-Barahona, M. J., García-García, J. C., & Montejo-González, O. O. (2006). Aportaciones de las Taxonomías al Proceso de Enfermería.

*Desarrollo Cientif Enferm.*, 14(3), 92–98. <http://www.index-f.com/dce/14/r14-92.php>

García Hernández, A. M. (2007). NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Desde su nacimiento hasta nuestros días. *ENE, Revista de Enfermería*, 0, 17–36. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/26>

García Salmeron, M. E., Martínez Trujillo, S., Burgos Sánchez, J., Varella Safont, A., Sánchez Ruiz, M., & Lupiañez Castillo, J. (2008). Validez del Informe de Continuidad de Cuidados del Hospital Clínico de Granada como instrumento favorecedor de la Continuidad de la Asistencia de Enfermería. *Biblioteca Las Casas*, 4(2). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0331.php>

Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. da. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery*, 13(1), 188–193. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026>

Germán Bes, C., Hueso Navarro, F., & Huércanos Esparza, I. (2011). El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*, 10(23), 221–232. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000300016>

Giménez-Espert, M. del C., Jiménez, M. A., & Escamilla-Fajardo, P. (2018). La importancia de la comunicación en enfermería. *Revista de Investigación En Psicología Social*, 6(2), 24–33. [http://sportsem.uv.es/j\\_sports\\_and\\_em/index.php/rips/article/view/129/169](http://sportsem.uv.es/j_sports_and_em/index.php/rips/article/view/129/169)

Gjevjon, E. R., & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1–2), 100–108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x>

Goh, S., Leong Tang, M., & Ahmad, A. (2020). Competence-based frameworks in nursing – a concept analysis. *Journal of Applied Learning & Teaching*, 3(1). <https://doi.org/10.37074/jalt.2020.3.1.3>

Gomes, D. C., Cubas, M. R., Pleis, L. E., Shmeil, M. A. H., & Peluci, A. P. V. D. (2016). Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), e53927. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53927>

Gómez Beltrán, P. A. (2017). Análisis comparado de la percepción de competencias en estudiantes de enfermería en relación con el entorno en Andalucía occidental y el Algarve portugués [Universidad de Huelva, Huelva, España]. En *(Tesis Doctoral)*. <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/15037>

González-Mejorada, S., Romero-Quetchol, G., & Romero-Ojeda, M. (2013). Conocimiento sobre la diferencia entre el diagnóstico enfermero y problema interdependiente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 21(2), 63–67. [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/162](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/162)

González-Samartino, M., Delgado-Hito, P., Adamuz-Tomás, J., Cano, M. F. V., Creus, M. C., & Juvé-Udina, M.-E. (2018). Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 52(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017011203306>

González, J., & Fernández, M. (2010). El nuevo paradigma integral. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:DVtwH8CJw24J:scholar.google.com/&hl=es&as\\_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:DVtwH8CJw24J:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5)

Gordon, M. (1996). *Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación* (3ª). Madrid, España: Mosby/Doyma.

Gordon, M. (2000). Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 4(42), 128–138. <https://doi.org/10.14198/cuid.2015.42.16>

Gordon, M., & Sweeney, M. A. (1979). Methodological Problems and Issues in Identifying and Standardizing Nursing Diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 2(1), 1–16. <https://doi.org/10.1097/00012272-197910000-00002>

Guedes, E. de S., Sousa, R. M. C. de, Turrini, R. N. T., Baltar, V. T., & Cruz, D. de A. L. M. da. (2013). Adaptation and validation of the instrument positions on the nursing process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 404–411. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100016>

Guerrero-Castañeda, R. F., do Prado, M. L., & Ojeda-Vargas, M. G. (2016). Reflexión crítica epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 246–252. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.001>

Güler, E. K., Eşer, İ., Khorshid, L., & Yücel, Ş. Ç. (2012). Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey. *Nursing Outlook*, 60(1), 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.03.007>

Guthrie, B., Saultz, J. W., Freeman, G. K., & Haggerty, J. L. (2008). Continuity of care matters. *BMJ*, 337(aug07 1), a867–a867. <https://doi.org/10.1136/bmj.a867>

Gutiérrez-Rodríguez, L., García Mayor, S., Cuesta Lozano, D., Burgos-Fuentes, E., Rodríguez-Gómez, S., Sastre-Fullana, P., de Pedro-Gómez, J. E., Higuero-Macías, J. C., Pérez-Ardanaz, B., & Morales-Asencio, J. M. (2019). Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enfermería Clínica*, 29(6), 328–335. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.001>

Håkonsen, S. J., Pedersen, P. U., Bygholm, A., Peters, M. D., & Bjerrum, M. (2019). Speaking the same language: Development of a Nutrition Minimum Data Set for healthcare professionals in primary healthcare. *Health Informatics Journal*, 146045821882470. <https://doi.org/10.1177/1460458218824707>

Hakverdioğlu Yönt, G., Korhan, E. A., Erdemir, F., & Müller-Staub, M. (2014). Nursing Diagnoses Determined by First Year Students: A Vignette Study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), 39–42. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12007>

Halberstadt, S. M., Schmitz, K. H., & Sammel, M. D. (2012). A joint latent variable model approach to item reduction and validation. *Biostatistics*, 13(1), 48–60. <https://doi.org/10.1093/biostatistics/kxr018>

Hasegawa, T., Ogasawara, C., & Katz, E. C. (2007). Measuring Diagnostic Competency and the Analysis of Factors Influencing Competency Using Written Case Studies. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18(3), 93–102. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2007.00057.x>

Haynes, R., Devereaux, M., & Gordon H Guyatt, M. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 7(2), 36–38. <https://doi.org/10.1136/ebm.7.2.36>

Häyrinen, K., Lammintakanen, J., & Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 79(8), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.05.002>

Herdman, T. H. (2011). *Nursing Diagnoses 2012-2014: Definitions and Classification*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Herdman, T. H. (2012). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona, España: Elsevier.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2015). *NANDA-International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2015-2017*. Barcelona, España: Elsevier.

Herdman, T. H., Gordon, M., & Craft-Rosenberg, M. (2000). The Evolving Role of DRC: Impact on Collaboration With NDEC and Other Research Groups. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 11(4), 176–178. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2000.tb00424.x>

Herdman, T.H. (2008). *NANDA-I diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008*. Barcelona, España: Elsevier.

Hernández-Conesa, J., Moral de Calatrava, P., & Esteban-Albert, M. (2003). *Fundamentos de la enfermería: teoría y método*. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.

Hernández Garre, J. M. (2012). *Fundamentos teóricos de enfermería: teorías y modelos (2ª)*. Murcia, España: Diego Marín Librero Editor.

Herrero, J. (2010). El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 289–300. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a9>

Hine-Sanabria, A., Mendoza-Monsalve, A., Rojas, L. Z., & Roa-Díaz, Z. M. (2018). Conocimiento e investigación sobre la autonomía profesional en enfermería. Revisión narrativa. *Enfermería Universitaria*, 15(2), 212–221. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.2.65177>

Hogston, R. (1997). Nursing diagnosis and classification systems: a position paper. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 496–500. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-8-00999.x>

Ibáñez Alfonso, L. E., Amaya de Gamarra, I. C., & Céspedes Cuevas, V. M. (2005). Visibilidad de la Escuela de Enfermería en los campos de práctica. Universidad Industrial de Santander. *Aquichan*, 5(1), 8–19. <https://www.redalyc.org/html/741/74150102/>

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2019). *Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Últimos datos*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)

Iris Lumillo Gutiérrez. (2017). Uso y actitud ante el diagnóstico enfermero: Revisión integrativa y análisis de patrones en dos muestras internacionales [Universitat de Barcelona, Barcelona, España]. En (Tesis Doctoral). [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/118169/1/ILG\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/118169/1/ILG_TESIS.pdf)

Jansen, K., Kim, T. Y., Coenen, A., Saba, V., & Hardiker, N. (2016). Harmonising Nursing Terminologies Using a Conceptual Framework. *Studies in Health Technology and Informatics*, 225, 471–475. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-471>

Jara-Sanabria, F., & Lizano-Pérez, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 208–215. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>

Johnson, A., Sandford, J., & Tyndall, J. (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003716>

Johnson, A., Sandford, J., & Tyndall, J. (2008). Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4. <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=9674215&DocumentID=CD003716>

Johnson, L., Edward, K.-L., & Giandinoto, J.-A. (2018). A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. *Collegian*, 25(3), 355–361. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.006>

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G. M., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2012). *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos (3ª)*. Barcelona, España: Elsevier.

Joint Commission. (2013). *Hot Topic in Health Care, Issue 2: Transitions of Care: The need for collaboration across entire care continuum*. [https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/assetmanager/toc\\_hot\\_topicspdf.pdf?db=web&hash=771E68DC706144E8A23553D961F9D12E](https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/assetmanager/toc_hot_topicspdf.pdf?db=web&hash=771E68DC706144E8A23553D961F9D12E)

Juvé i Udina, M. E. (2013). What patients' problems do nurses e-chart? Longitudinal study to evaluate the usability of an interface terminology. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1698–1710. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.04.008>

Juvé i Udina, M. E., Fabrellas-Padrés, N., Delgado-Hito, P., Hurtado-Pardos, B., Martí-Cavallé, M., Gironès-Nogué, M., García-Berman, R. M., & Alonso-Fernandez, S. (2015). Newborn Physiological Immaturity. *Advances in Neonatal Care*, 15(2), 86–93. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000162>

Juvé i Udina, M. E. (2012). Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase [Universitat de Barcelona, Barcelona, España]. En *(Tesis Doctoral)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/108998>

Juvé i Udina, M. E. (2016). *La Terminología ATIC: eje diagnóstico*. Barcelona, España: Naaxpot-Slu.

Juvé i Udina, M. E., Huguet, M., Monterde, D., Sanmartín, M. J., Martí, N., Cuevas, B., de la Fuente, C., & Alvarez, G. (2007). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nursing (Ed. Española)*, 25(4), 56–61. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70907-X](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70907-X)

Juvinyà-Canal, D. (2013). Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enfermería Clínica*, 23(3), 87–88. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.03.004>

Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., & Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 8–10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>

Kalisch, B. J., & Begeny, S. M. (2005). Improving Nursing Unit Teamwork. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 35(12), 550–556. <https://doi.org/10.1097/00005110-200512000-00009>

Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211–219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>

Keenan, G. M., Lopez, K. D., Sousa, V. E. C., Stifter, J., Macieira, T. G. R., Boyd, A. D., Yao, Y., Herdman, T. H., Moorhead, S., McDaniel, A., & Wilkie, D. J. (2018). A Shovel-Ready Solution to Fill the Nursing Data Gap in the Interdisciplinary Clinical Picture. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(1), 49–58. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12168>

Keenan, G., & Aquilino, M. L. (1998). Standardized nomenclatures: keys to continuity of care, nursing accountability and nursing effectiveness. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2(2), 81–86. <https://europepmc.org/article/med/9582821>

Keenan, GM, Tschannen, D., & Wesley, M. Lou. (2008). Standardized Nursing Terminologies Can Transform Practice. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 38(3), 103–106. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000310728.50913.de>

Keenan, J. (1999). A concept analysis of autonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 556–562. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00948.x>



Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero* (4ª). Barcelona, España: Masson.

Kesby, S. G. (2002). Nursing care and collaborative practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11(3), 357–366. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00620.x>

Ketcherside, M., Rhodes, D., Powelson, S., Cox, C., & Parker, J. (2017). Translating interprofessional theory to interprofessional practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(5), 370–377. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.03.002>

Kim, H. S. (1994). Practice theories in nursing and a science of nursing practice. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 8(2), 145–158; discussion 159–66. <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/sinp/1994/00000008/00000002/art00001>

Kramer, M., & Schmalenberg, C. E. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51(1), 13–19. <https://doi.org/10.1067/mno.2003.4>

Krenz, M., & Lunney, M. (1992). A tool that measures attitudes toward nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis: The Official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association*, 3(1), 44. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.1992.tb00199.x>

Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W. (2007). Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. *JAMA*, 297(8), 831. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>

Kruse, M. H. L., Silva, K. S. da, Ribeiro, R. G., & Fortes, C. V. (2008). Ordem como tarefa: a construção dos Diagnósticos de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 262–266. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000200020>

Kuhn, T. S. (2006). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica de España.

Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., Rodríguez-Gómez, S., Casado-Mora, M. I., Morales-Asencio, J. M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2019). Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. *Enfermería Clínica*, 29(2), 83–89.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013>

Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275–284. <https://doi.org/10.1111/jnu.12130>

Leech, G., Pratt, M., Ochs, E., & Gómez, J. (2000). *Pragmática: conceptos claves* (1ª). Quito, Ecuador: Abda-Yala Ediciones. Disponible en: [http://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1430&context=abya\\_yala](http://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1430&context=abya_yala)

Lindström, B., & Eriksson, M. (2009). The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Global Health Promotion*, 16(1), 17–28. <https://doi.org/10.1177/1757975908100747>

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

Lopes Chaves, E. C., Carvalho, E. C. de, & Rossi, L. A. (2009). Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), 513–520. <https://doi.org/10.5216/ree.v10i2.8063>

López-Aguado, M., & Gutiérrez-Provecho, L. (2019). Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *Revista d Innovació i Recerca En Educació*, 12 (2)(2), 1–14. <https://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>

López-Parra, M., Santos-Ruiz, S., Varez-Peláez, S., Abril-Sabater, D., Rocabert-Luque, M., Ruiz-Muñoz, M., & Mañé-Buxó, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(4), 218–221. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71217-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71217-7)

Luengo-Martínez, C., & Paravic Klijn, T. (2016). Autonomía profesional. Factor clave para el ejercicio de la enfermería basada en la evidencia. *Index de Enfermería*, 25(1–2), 42–46. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Lunney, M. (2003). Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part II: Application of cognitive skills and guidelines for self-development. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 37(3), 106–112. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000300013>

Lunney, M. (2008). Critical need to address accuracy of nurses' diagnoses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1). <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.asas>

Lunney, M. (2011). *Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.

Marini, M., & Chaves, E. H. B. (2011). Evaluation of the Accuracy of Nursing Diagnoses in a Brazilian Emergency Service. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 22(2), 56–67. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2010.01175.x>

Mariscal Crespo, M. I. (2006). Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama. [Universidad de Alicante, Alicante, España]. En *(Tesis Doctoral)*. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/13253>

Mariscal Crespo, M. I. (2012). La Enfermería sin límites y los límites de la Enfermería. *Enfermería Clínica*, 22(3), 115–117. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.04.003>

Mariscal, M. I., Camacho, R., & Gómez, J. (2014). *Perspectivas teóricas contemporáneas en Enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.

Marriner Tomey, A., & Alligood, M. R. (2018). *Modelos y teorías en enfermería (9ª)*. Madrid, España: Elsevier.

Martín Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17). [http://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/07/validacion\\_cuestionarios.pdf](http://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/07/validacion_cuestionarios.pdf)

Martín Mariscal, V. (2018). Efectos del ejercicio físico en la composición corporal de adultos sedentarios [Universidad de Huelva, Huelva, España]. En *(Tesis Doctoral)*.

<http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/16121>

Martínez-Miguélez, M. (2009). Hacia una epistemología de la complejidad y transdisciplinariedad. *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*, 14(46), 11–31. [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-52162009000300003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-52162009000300003&script=sci_arttext&tlng=en)

Martínez de Castro, S. (2013). El desarrollo de la Enfermería en España: avances y limitaciones. [Universidad de Cantabria, Cantabria, España]. En *(Trabajo Final de Grado)*. <http://repositorio.unican.es:8080/xmlui/handle/10902/3009>

Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 38. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>

Mateos-García, M.-D. (2017). Metodología enfermera y sistemas estandarizados de lenguaje enfermero en la historia clínica digital [Universidad de Sevilla, Sevilla, España]. En *(Tesis Doctoral)*. <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1458117#>

Matesanz Santiago, M. Á. (2009). Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 243–260. <http://www.academia.edu/download/44714102/261v07n02a13139761pdf001.pdf>

Medeiros, R., Júnior, M., Pinto, D., Vitor, A., Santos, V., & Barichello, E. (2015). Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(4), 127–135. <https://doi.org/10.12707/RIV14009>

Medina Moya, J. L. (2015). ¿Teoría? ¿Práctica? El difícil equilibrio académico y profesional en la España “pre-europea” (II). *Revista RoL de Enfermería*, 28(4), 6–8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1150904>

Mejía Navarrete, J. V. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de La Investigación Social*, 0(1), 47–60. <http://relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/11>

Meleis, A. I. (2016). Interprofessional Education: A Summary of Reports and Barriers to

Recommendations. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 106–112. <https://doi.org/10.1111/jnu.12184>

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., & Tan, A. (2018). The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>

Mendes, M. A., da Cruz, D. A., & Angelo, M. (2015). Clinical role of the nurse: concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3–4), 318–331. <https://doi.org/10.1111/jocn.12545>

Merino-Ruiz, M., Sebastián-Viana, T., Carmen Gómez-Díaz, M., & del Castillo, Y. L. (2008). Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. *Enfermería Clínica*, 18(2), 77–83. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)70702-2](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)70702-2)

Merino Navarro, D. (2012). Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama [Universidad de Huelva, Huelva, España]. En (*Tesis Doctoral*). [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/26552/1/Tesis\\_Merino\\_Navarro.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/26552/1/Tesis_Merino_Navarro.pdf)

Meyer, G. (2010). Diagnosis Development Committee Report : October 2009. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(1), 44–45.

Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones de La Universidad de Buenos Aires*, XXI, 217–224. <https://www.redalyc.org/html/3691/369139994021/>

Miguel, S., Caldeira, S., & Vieira, M. (2016). The Adequacy of the Q Methodology for Clinical Validation of Nursing Diagnoses Related to Subjective Foci. *International Journal of Nursing Knowledge*. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12163>

Mikšová, Z., Šamaj, M., Macháľková, L., & Ivanová, K. (2014). Fulfilling the competencies of members of a nursing team. *Kontakt*, 16(2), e108–e118. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.02.002>

Millar, J. (2016). The need for a global language-SNOMED CT introduction. *Studies in Health Technology and Informatics*. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-683>

Millaruelo Trillo, J. M. (2010). Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. *Atención Primaria*, 42, 41–47. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(10\)70007-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(10)70007-X)

Mills, J. E., Francis, K., Birks, M., Coyle, M., Henderson, S., & Jones, J. (2010). Registered nurses as members of interprofessional primary health care teams in remote or isolated areas of Queensland: Collaboration, communication and partnerships in practice. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 587–596. <https://doi.org/10.3109/13561821003624630>

Mínguez Moreno, I. (2016). Evolución histórica del pensamiento enfermero en la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva [Universidad de Alicante, Alicante, España]. En *(Tesis Doctoral)*. <http://hdl.handle.net/10045/69435>

Miró Bonet, M. (2016). Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. *Educación Médica*, 17(Supl.1), 21–24. <https://medes.com/publication/116337>

Montesi, M. (2017). Alfabetización en salud: revisión narrativa e interdisciplinar de la literatura publicada en biomedicina y en biblioteconomía y documentación. *Revista Cubana de Información En Ciencias de La Salud*, 28(3), 0–0. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2307-21132017000300007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2307-21132017000300007&script=sci_arttext&tlng=en)

Moorhead, S., Swanson, E. A., Johnson, M., & Maas, M. (2018). *Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes*. St. Louis, Missouri, USA: Elsevier.

Morais, S. C. R. V., Nóbrega, M. M. L. da, Carvalho, E. C. de, Morais, S. C. R. V., Nóbrega, M. M. L. da, & Carvalho, E. C. de. (2015). Convergências, divergências e acurácia diagnóstica à luz de duas terminologias de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1086–1092. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680613i>

Morales-Asencio, J. M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica*, 24(1), 23–34. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>

Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., González-María, E., & Gil de Miguel, Á. (2010). Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*, 20(3), 153–164. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.01.005>

Moreno, Y. (2009). *Revista electrónica de PortalesMedicos.com*. [PortalesMedicos.com]. <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1947/1/La-transdisciplinariedad-y-la-construccion-teorica-en-la-practica-de-Enfermeria.html>

Morgan, A., & Hernán, M. (2013). Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(3), 78–86. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202013000300001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000300001)

Morilla Herrera, J., Martín Santos, F., Morales Asencio, J., & Gonzalo Jiménez, E. (2005). Oportunidades para la atención integral. *Enfermería Comunitaria (Edición Digital)*, 1(2), 37–48. [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Miguel\\_Morales\\_Asencio/publication/258697357\\_Oportunidades\\_para\\_la\\_Atencion\\_integral/links/578576c508aef321de2a9ae9/Oportunidades-para-la-Atencion-integral.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Miguel_Morales_Asencio/publication/258697357_Oportunidades_para_la_Atencion_integral/links/578576c508aef321de2a9ae9/Oportunidades-para-la-Atencion-integral.pdf)

Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad. *Gazeta de Antropología*, 20(2). <http://digibug.ugr.es/handle/10481/7253>

Morin, E. (2010). *La mente bien ordenada repensar la reforma, reformar el pensamiento* (3ª). Barcelona, España: Seix Barral.

Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(1), 9–15. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x>

Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses,

interventions and outcomes? application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514–531. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x>

Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & Achterberg, T. van. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEPF. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 702–713. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.001>

Müller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, M. A., Needham, I., Odenbreit, M., & van Achterberg, T. (2008). Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(1), 20–27. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2007.00075.x>

Mykkänen, M., Saranto, K., & Miettinen, M. (2012). Nursing audit as a method for developing nursing care and ensuring patient safety. *NI 2012 : 11th International Congress on Nursing Informatics, June 23-27, 2012, Montreal, Canada. International Congress in Nursing Informatics (11th : 2012 : Montreal, Quebec)*, 301. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3799087>

Mynaříková, E., & Žiaková, K. (2014). The use of nursing diagnoses in clinical practice. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 5(3), 117–126. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2014.05.0006>

NANDA International. (2019). *NANDA International. About our name*. Disponible en abril 1, 2019. En <http://nanda.host4kb.com/article/AA-00219/23/English-/About-NANDA-International/About-NANDA-International.html>

Nomura, A. T. G., Silva, M. B. da, & Almeida, M. de A. (2016). Quality of nursing documentation before and after the Hospital Accreditation in a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(e2813), 1–9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0686.2813>

Nuño-Solinis, R., Rodríguez-Pereira, C., Piñera-Elorriaga, K., Zaballa-González, I., & Bikandi-Irazabal, J. (2013). Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en



España. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 332–337. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.008>

Oliva, A. P. V., Lopes, D. de A., Volpato, M. P., & Hayashi, A. A. M. (2005). Atitudes de alunos e enfermeiros frente ao diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(4), 361–367. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400004>

Olivé Ferrer, M., & Isla Pera, M. (2015). El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Revista Rol de Enfermería*, 38(2), 123–128. <http://hdl.handle.net/2445/65766>

Oliveira-Kumakura, A. R. de S., Caldeira, S., Simão, T. P., Camargo-Figuera, F. A., Cruz, D. de A. L. M. da, & Carvalho, E. C. de. (2018). The Contribution of the Rasch Model to the Clinical Validation of Nursing Diagnoses: Integrative Literature Review. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(2), 89–96. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12162>

Omaha System. (2019). *Omaha System Overview*. Disponible en febrero 5, 2019. En <http://www.omahasystem.org/index.html>

Orts-Cortés, M. I. (2011). Validez de contenido del Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) en el ámbito europeo [Universidad de Alicante, Alicante, España]. En *(Tesis Doctoral)*. [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/21852/1/tesis\\_orts.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/21852/1/tesis_orts.pdf)

Orts Cortés, M. I., Comet Cortés, P., Moreno Casbas, M. T., & Arribas, M. C. (2000). Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en España: Estudio Delphi. *Enfermería Clínica*, 10(1), 9–13. <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/es/ibc-7651>

Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572–580. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634409%0ACómo>

Paans, W., & Müller-Staub, M. (2015). Patients' Care Needs: Documentation Analysis in General Hospitals. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(4), 178–186. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12063>

Paans, W., Nieweg, R. M., van der Schans, C. P., & Sermeus, W. (2011). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2386-2403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03573.x>

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B., & Van Der Schans, C. P. (2010). D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1388-1400. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05302.x>

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M., Krijnen, W. P., & van der Schans, C. P. (2012). Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. *BMC Nursing*, 11(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-11>

Padilla-Zárate, M. P., Cortés-Poza, D., Martínez-Soto, J. M., Herrera-Cenobio, T., Del Carmen Vázquez-Bautista, M., García-Flores, M., & García-García, J. A. (2013). Autocuidado y calidad de vida posterior a la consejería de enfermería en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 21(1), 15-23. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84880871735&partnerID=tZ0tx3y1>

Panayides, P. (2013). Coefficient Alpha: Interpret With Caution. *Europe's Journal of Psychology*, 9(4), 687-696. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i4.653>

Páramo Morales, D. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 39, 1-7. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-62762015000200001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762015000200001)

Park, M., Park, J. S., Kim, C. N., Park, K. M., & Kwon, Y. S. (2006). Knowledge Discovery in Nursing Minimum Data Set Using Data Mining. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(4), 652. <https://doi.org/10.4040/jkan.2006.36.4.652>

Parker, L., & Lunney, M. (1998). Moving Beyond Content Validation of Nursing Diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 9(s2), 144-150. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.1998.tb00184.x>

Parro Moreno, A., Serrano Gallardo, P., Ferrer Arnedo, C., Serrano Molina, L., de la Puerta Calatayud, M. L., Barberá Martín, A., Morales Asencio, J. M., & de Pedro Gómez, J. (2013). Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Atención Primaria*, 45(9), 476–485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.015>

Paterson, J. (1971). From a philosophy of clinical nursing to a method of nursing. *Nursing Research*, 20(2), 143–146. [https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1971/03000/FROM\\_A\\_PHILOSOPHY\\_OF\\_CLINICAL\\_NURSING\\_TO\\_A\\_METHOD.9.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1971/03000/FROM_A_PHILOSOPHY_OF_CLINICAL_NURSING_TO_A_METHOD.9.aspx)

Pecukonis, E. (2014). Interprofessional Education: A Theoretical Orientation Incorporating Profession-Centrism and Social Identity Theory. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 42(2\_suppl), 60–64. <https://doi.org/10.1111/jlme.12189>

Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., & Palmar Santos, A. M. (2014). *Investigación cualitativa*. Barcelona, España: Elsevier.

Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., & García-Cueto, E. (2014). Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación. *Acción Psicológica*, 10(2), 3. <https://doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>

Pérez-Vico-Díaz de Rada, L., González-Suárez, M., Duarte-Clíments, G., & Brito-Brito, P. R. (2014). Prescripción de recursos comunitarios para la mejora del autocuidado en enfermedades crónicas. Gestión de un caso clínico en Atención Primaria. *Enfermería Clínica*, 24(4), 254–260. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.01.003>

Pérez, E. R., & Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento (RACC)*, 2(1), 58–66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>

Piédrola Gil, G. (2016). *Medicina preventiva y salud pública* (12ª). Barcelona, España: Elsevier Masson.

Porcel-Gálvez, A. M. (2021). Teoría y práctica: Reflexiones sobre los diagnósticos

enfermeros y su aplicabilidad en los entornos clínicos. *Enfermería Clínica*, 31(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.032>

Powers, P. (2002). A Discourse Analysis of Nursing Diagnosis. *Qualitative Health Research*, 12(7), 945–965. <https://doi.org/10.1177/104973202129120377>

Rabelo-Silva, E. R., Dantas Cavalcanti, A. C., Ramos Goulart Caldas, M. C., Lucena, A. de F., Almeida, M. de A., Linch, G. F. da C., da Silva, M. B., & Müller-Staub, M. (2017). Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *Journal of Clinical Nursing*, 26(3–4), 379–387. <https://doi.org/10.1111/jocn.13387>

Real Academia Española [RAE]. (2019a). *Definición de desatención*. Disponible en marzo 8, 2019. En <https://dle.rae.es/desatención?m=form>

Real Academia Española [RAE]. (2019b). *Definición de síndrome*. Disponible en abril 7, 2019. En <https://dle.rae.es/?id=Xxq1Q5A>

Ramírez Elías, A. (2016). Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 71–72. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>

Ramos-Morcillo, A. J., & Fernández-Salazar, S. (2012). Cuidando a un preescolar desde el modelo de activos en salud: caso clínico. *Enfermería Clínica*, 22(3), 166–169. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.10.002>

Raña Lama, C. D., Pita Vizoso, R., Conceiro Rúa, A., Fernández Fraga, I., & García Martínez, C. M. (2004). Opinión de las enfermeras de atención primaria en el area sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. *Enfermería Clínica*, 14(2), 77–82. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73860-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73860-7)

Ranegger, R., Hackl, W., & Ammenwerth, E. (2014). A Proposal for an Austrian Nursing Minimum Data Set (NMDS). *Applied Clinical Informatics*, 5(2), 538–547. <https://doi.org/10.4338/ACI-2014-04-RA-0027>

Ranegger, R., Hackl, W., & Ammenwerth, E. (2015). Implementation of the Austrian Nursing Minimum Data Set (NMDS-AT): A Feasibility Study. *BMC Medical Informatics and*

*Decision Making*, 15(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0198-7>

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>

Reid, R., Haggerty, J., & Mckendry, R. (2002). *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare*. [https://www.researchgate.net/profile/Jeanne\\_Haggerty/publication/245856177\\_Defusing\\_the\\_Confusion\\_Concepts\\_and\\_Measures\\_of\\_Continuity\\_of\\_Health\\_Care/links/56c31f9308ae8a6fab59ed74/Defusing-the-Confusion-Concepts-and-Measures-of-Continuity-of-Health-Care](https://www.researchgate.net/profile/Jeanne_Haggerty/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care/links/56c31f9308ae8a6fab59ed74/Defusing-the-Confusion-Concepts-and-Measures-of-Continuity-of-Health-Care).

Rey Luque, O. (2017). Validación del instrumento misscare al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados [Universidad de La Laguna, Tenerife, España]. En *(Tesis Doctoral)*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158168>

Rivas Cilleros, E., Montes Velasco, J., & Alonso López, J. C. (2013). Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. *Nuberos Científica*, 2(8). <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/63>

Rivera Álvarez, L. N. (2006). Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8(3), 235–247. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642006000300009>

Rivera Romero, V., Pastoriza Galán, P., Díaz Perianez, C., & Hilario Huapaya, N. (2013). Revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA Internacional 2009-2011. *Revista científica de enfermería*, 6(06), 1–18. <https://doi.org/10.14198/recien.2013.06.07>

Robles-Sánchez, M. A., Merchan-Ruiz, M., Guerrero-Clemente, J., Cruz-Díaz, V., Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., Buxó-Pujolràs, M., & Ramió-Torrentà, L. (2015). El rol de enfermería en la mejora de la calidad de vida del paciente con esclerosis múltiple. *Revista Científica de La Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 42(1), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.05.004>

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39–49. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592011000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004)

Rodrigo Pedrosa, O. (2017). Evolución de la enfermería española como profesión a partir de su integración en la universidad. El rol profesional de Cuidado Centrado en la Enfermedad [Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España]. En (*Tesis Doctoral*). <https://www.tdx.cat/handle/10803/456322#page=1>

Rodrigues Braga, F. (2013). Validação conceitual e clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de perfusão renal ineficaz” em transplantados de células tronco hematopoéticas [Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil]. En (*Trabajo Final de Máster*). <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/757M.PDF>

Rodríguez-Acelas, A. L., & Cañón-Montañez, W. (2015). Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. *Revista Cuidarte*, 6(1), 879. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.248>

Rodríguez-Suárez, C. A., Hernández-y-de-Luis, M. N., & Mariscal-Crespo, M. I. (2019). Mapeo cruzado de los factores relacionados y de riesgo de NANDA-I con la Clasificación Internacional de Enfermedades. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2851>

Rodríguez-Suárez, C. A., Hernández-y-de-Luis, M. N., & Mariscal-Crespo, M. I. (2020). Perfil diagnóstico en los Informes de Cuidados de Enfermería en el Hospital Materno Infantil de Canarias. *ENE, Revista de Enfermería*, 14(1). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/841>

Rodríguez-Suárez, C. A., Hernández-y de Luis, M. N., & Mariscal-Crespo, M. I. (2020). Continuidad de cuidados y alta hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 30(2), 130–131. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.008>

Rodríguez Bestilleiro, A. M., & Ferrer Pardavila, M. Á. (2002). Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de

lactantes. *Enfermería Clínica*, 12(6), 255–261. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(02\)73762-5](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(02)73762-5)

Rojas-Sánchez, O. A., Rueda-Díaz, L. J., Vesga-Gualdrón, L. M., Orozco-Vargas, L. C., Forero-Bulla, C. M., & Camargo-Figuera, F. A. (2009). Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico “manejo inefectivo del régimen terapéutico.” *Enfermería Clínica*, 19(6), 299–305. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.05.005>

Román Cereto, M., Campos Rico, A., Viñas Heras, C., Palop, R., Zamudio Sánchez, A., Domingo García, R., Consuelo López Martín, M., de la Torre, I., Díaz González, M. Á., & Mansilla Francisco, J. J. (2005). Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), 163–166. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71103-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71103-7)

Romero-Sánchez, J. M., Paloma-Castro, O., Paramio-Cuevas, J. C., Pastor-Montero, S. M., O’Ferrall-González, C., Gabaldón-Bravo, E. M., González-Domínguez, M. E., Castro-Yuste, C., Frandsen, A. J., & Martínez-Sabater, A. (2013). Desarrollo y evaluación psicométrica de una forma abreviada de la escala de posicionamiento ante el diagnóstico enfermero. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 47(3), 591–599. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300010>

Romero-Sánchez, J. M., Paramio-Cuevas, J. C., Paloma-Castro, O., Pastor-Montero, S. M., O’Ferrall-González, C., Gabaldón-Bravo, E. M., González-Domínguez, M. E., Castro-Yuste, C., & Frandsen, A. J. (2013). The Spanish version of the Position on Nursing Diagnosis scale: cross-cultural adaptation and psychometric assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2759–2771. <https://doi.org/10.1111/jan.12128>

Rosenbloom, S. T., Miller, R. A., Johnson, K. B., Elkin, P. L., & Brown, S. H. (2008). A Model for Evaluating Interface Terminologies. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15(1), 65–76. <https://doi.org/10.1197/jamia.M2506>

Rutherford, M. A. (2008). Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05>

Saba, V. K., & Taylor, S. L. (2007). Moving past theory: use of a standardized, coded nursing



terminology to enhance nursing visibility. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 25(6), 324–331; quiz 32–33. <https://doi.org/10.1097/01.NCN.0000299654.13777.9f>

Salas Iglesias, M. J. (2003). El estatus científico de la enfermería: paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 7(14), 71–78. <https://doi.org/10.14198/cuid.2003.14.09>

Santamaría García, J. M., & Jiménez Rodríguez, M. L. (2016). *Los axiomas del cuidado: bases para su aprehensión conceptual* (1ª). España: Grupo MISKC\_ENE.

Santos Ruiz, S. (2014). Factores determinantes del uso de modelos teóricos en la práctica enfermera [Universitat Jaume I, Castellón, España]. En *(Tesis Doctoral)*. [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/396625/2014\\_Tesis\\_Santos\\_Ruiz\\_Susana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/396625/2014_Tesis_Santos_Ruiz_Susana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sastre Fullana, P. (2016). Diseño y validación de un instrumento para la evaluación de competencias en enfermeras de práctica avanzada (IECEPA) [Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España]. En *(Tesis Doctoral)*. <http://repositori.uib.es/xmlui/handle/11201/148964>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 09–21. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

Serrano, A., & Serrano, N. (2007). Epistemología del Proceso de Enfermería. *Desarrollo Científ Enferm.*, 15(2), 84–88. <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-84-3107.pdf>

Seva Llor, A. M. (2012). El informe de cuidados de enfermería al alta: análisis situacional en la Región de Murcia [Universidad de Murcia, Murcia, España]. En *(Tesis Doctoral)*. <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/26402>

Sierra Talamantes, C., Sayas Chuliá, V., Famoso Poveda, M., Muñoz Izquierdo, A., Peiró Andrés, A., Garrigós Hernández, E., & Almela Zamorano, M. (2007). Continuidad de cuidados: alta de enfermería. *Enfermería En Cardiología*, 41(2). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2382427.pdf>

Smith, K. J., & Craft-Rosenberg, M. (2010). Using NANDA, NIC, and NOC in an



undergraduate nursing practicum. *Nurse Educator*, 35(4), 162–166.  
<https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e3181e33953>

Spooner, A., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2018). Implementation and evaluation of an electronic minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care: An interventional study. *Australian Critical Care*, 31(2), 112.  
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.12.004>

Stallinga, H. A., ten Napel, H., Jansen, G. J., Geertzen, J. H., de Vries Robbé, P. F., & Roodbol, P. F. (2015). Does language ambiguity in clinical practice justify the introduction of standard terminology? An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3–4), 344–352.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.12624>

Steyer, N. H., Oliveira, M. C., Gouvêa, M. R. F., Echer, I. C., & Lucena, A. de F. (2016). Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), e5017.  
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50170>

Tapp, D., Stansfield, K., & Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichán*, 5(1), 114–127. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100012&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100012&script=sci_arttext&tlng=es)

Tastan, S., Linch, G. C. F. F., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., Lopez, K. D., Yao, Y., & Wilkie, D. J. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1160–1170. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004>

Thorne, S., Canam, C., Dahinten, S., Hall, W., Henderson, A., & Kirkham, S. R. (1998). Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1257–1268. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00623.x>

Thoroddsen, A., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2010). Nursing specialty knowledge as expressed by standardized nursing languages. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(2), 69–79. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2010.01148.x>

Thoroddsen, A., Ehrenberg, A., Sermeus, W., & Saranto, K. (2012). A survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries. *NI 2012: 11th International Congress on Nursing Informatics, June 23-27, 2012, Montreal, Canada. International Congress in Nursing Informatics (11th: 2012: Montreal, Quebec), 2012*, 406. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24199130>

Ťiaková, K., & Gurková, E. (2010). Implementation of evidence based practice principles for nursing diagnostic improvement in clinical settings. *Osetrovatelstvi a Porodni Asistence*, 1(1), 17–23. [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-01/3\\_ziakova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-01/3_ziakova.pdf)

Topaz, M., Golfenshtein, N., & Bowles, K. H. (2014). The Omaha System: a systematic review of the recent literature. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(1), 163–170. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001491>

Torres Esperón, J. M., & Pérez Sánchez, A. (2002). Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300008)

Tosin, M. H. de S., Campos, D. M., Blanco, L., Santana, R. F., & Oliveira, B. G. R. B. de. (2015). Mapping Nursing language terms of Parkinson's disease. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 49(3), 409–416. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300008>

Ubé Pérez, J. M., Urzanqui Rodríguez, M., Rodríguez Herce, C., Blanco Ros, M., Ascarza Rubio, S., & Musitu Pérez, V. (2006). Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *NURE Investigación*, 24. <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/283>

Ugalde-Binda, N., & Balbastre-Benavent, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Revista de Ciencias Económicas*, 31(2), 179–187. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730>

Ugalde Apalategui, M., & Lluch Canut, M. T. (2011). *Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las Taxonomías Enfermeras en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica*.

<http://hdl.handle.net/2445/19207>

Ugalde Apalategui, M., & Rigol Cuadra, A. (1995). *Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA: traducción, revisión y comentarios* (1ª). Barcelona, España: Masson.

UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura]. (1998). *Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: visión y acción*. [http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration\\_spa.htm](http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm)

Van Beek, L., Goossen, W. T. F., & Van der Kloot, W. A. (2005). Linking nursing care to medical diagnoses: Heterogeneity of patient groups. *International Journal of Medical Informatics*, 74(11-12), 926-936. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.006>

Van de Castle, B., Kim, J., Pedreira, M. L. ., Paiva, A., Goossen, W., & Bates, D. W. (2004). Information technology and patient safety in nursing practice: an international perspective. *International Journal of Medical Informatics*, 73(7-8), 607-614. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2004.04.007>

Van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A., & Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 947-956. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x>

Villarejo Aguilar, L. (2011). Diagnósticos de enfermería en pacientes dados de alta, con enfermedades crónicas, según taxonomía Nanda-I (North American Nursing Diagnosis Association). *Enfermería Global*, 10(23), 25-29. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000300002>

Von Krogh, G. (2008). An Examination of the NANDA International Taxonomy for Domain Completeness, Ontological Homogeneity, and Clinical Functionality. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(2), 65-75. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2008.00083.x>

Wallace, D., & Ivey, J. D. (1989). The bifocal clinical nursing model. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 33-45. <https://doi.org/10.1097/00005082-198911000-00006>

Watson, J. (2006). Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. *Revista Rol de Enfermería*, 29(7-8), 14-17. <https://medes.com/publication/32887>

Westra, B. L., Bauman, R., Delaney, C. W., Lundberg, C. B., & Petersen, C. (2008). Validation of Concept Mapping Between PNDIS and SNOMED CT. *AORN Journal*, 87(6), 1217-1229. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.11.036>

Westra, B. L., Delaney, C. W., Konicek, D., & Keenan, G. (2008). Nursing standards to support the electronic health record. *Nursing Outlook*, 56(5), 258-266.e1. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.06.005>

Westra, B., Oancea, C., Savik, K., & Dorman Marek, K. (2010). The Feasibility of Integrating the Omaha System Data Across Home Care Agencies and Vendors. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 28(3), 162-171. <https://doi.org/10.1097/NCN.0b013e3181d7812c>

Wibe, T., Ekstedt, M., & Hellesø, R. (2015). Information practices of health care professionals related to patient discharge from hospital. *Informatics for Health and Social Care*, 40(3), 198-209. <https://doi.org/10.3109/17538157.2013.879150>

Wilkinson, J. (2011). *Nursing process and critical thinking* (5ª). Kansas, Missouri, USA: Pearson Education.

Zabalegui, A., Macia, L., Marquez, J., Ricoma, R., Nuin, C., Mariscal, I., Pedraz, A., German, C., & Moncho, J. (2006). Changes in Nursing Education in the European Union. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 114-118. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00087.x>

Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichán*, 3(1), 16-20. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972003000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004)

Zielstorff, R. D., Tronni, C., Basque, J., Griffin, L. R., Welebob, E. M. (1998). Mapping nursing diagnosis nomenclatures for coordinated care. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 369-373. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01335.x>

## 23. Anexos

### Anexo 1. Descriptores del eje 3 para el juicio diagnóstico

Juicio diagnóstico
Alterado
Bajo
Complicado
Comprometido
Defensivo
Deficiente/Déficit
Desequilibrio
Desorganizado
Desproporcionado
Deterioro
Disfuncional
Disminuido
Disposición
Eficaz
Exceso
Fracaso
Frágil
Funcional
Incapacidad
Independiente
Ineficaz
Inestable
Insuficiente
Interrupción
Mejorar
Organizado
Percibido
Riesgo
Tendencia al riesgo
Trastorno
Retraso

Fuente: Herdman & Kamitsuru, 2015

## Anexo 2. Definiciones operacionales de las categorías de análisis

### 1. Lenguajes

**Comunicación entre profesionales:** Uso de conceptos y términos entre enfermeras y con otras disciplinas con la finalidad de favorecer la adecuada transmisión de la información.

**Conceptos específicos:** Estructuras terminológicas que agrupan y definen de una forma ordenada los conceptos y contenidos que son propios de la disciplina enfermera y la distingue de otras.

**Desarrollo profesional:** Uso de conceptos y términos, preferentemente estandarizados para favorecer el desarrollo de la disciplina en el contexto asistencial, de la gestión y/o de la investigación.

**Intereses de mercado:** Desarrollo de instrumentos y herramientas destinadas al empleo de lenguajes estandarizados con finalidades de beneficio económico o lucrativo.

**Sistemas de clasificación:** Estructuras clasificatorias y/o taxonómicas que agrupan de forma organizada conceptos y contenidos de interés exclusivo y específicos para los enfermeros.

**Sistemas de información:** Instrumentos y aplicaciones informáticas utilizadas por los servicios de salud para facilitar el uso, gestión y evaluación de los registros de los profesionales de la salud.

### 2. NANDA International

**Adecuación teórica:** perfil profesional que proyectan las enfermeras en su práctica clínica en los sistemas de salud en contraste con las teorías de la disciplina y que determina el estereotipo social de la enfermería.

**Aspectos negativos:** Aspectos de NANDA-I que, según la opinión de los informantes, no son adecuados en su configuración estructural, normativa o funcional.

**Aspectos positivos:** Aspectos de NANDA-I que, según la opinión de los informantes, si son adecuados en su configuración estructural, normativa o funcional.

**Evidencia científica:** Nivel de evidencia o de recomendación que se aplica a los conceptos o contenidos de la NANDA-I que establecen el grado de certeza de los problemas de salud identificados.

**Fundamentación filosófica/académica:** Adecuación de los conceptos y contenidos de NANDA-I a los elementos metaparadigmáticos, filosóficos, teóricos y académicos necesarios para su adecuación disciplinar que la distingue de otras ciencias.

**Juicio diagnóstico:** Juicios clínicos realizados por las enfermeras que se ajustan a las competencias en el contexto metaparadigmático de exclusividad disciplinar.

**Propuesta de mejoras:** Aspectos que, según la opinión de los informantes, son susceptibles de mejorar o ser mejorados en NANDA-I.

**Reconocimiento internacional:** Repercusión internacional derivada de la utilización de la clasificación diagnóstica NANDA-I.

**Utilidad para la práctica asistencial:** Validez de los conceptos y contenidos (etiquetas diagnósticas, características definitorias y factores relacionados) incluidos en la clasificación diagnóstica que permiten el uso adecuado para los profesionales en su práctica asistencial.

**Validación de diagnósticos:** Uso de distintos métodos para establecer la adecuación, certeza y fiabilidad de NANDA-I en relación a los contenidos y conceptos incluidos en la clasificación.

### 3. Práctica asistencial

**Autonomía enfermera:** Ámbito laboral que corresponde con el uso de desempeño de competencias propias y exclusivas de la disciplina enfermera en el contexto de un modelo y paradigma enfermero determinado.

**Costumbres adquiridas:** Hábitos adquiridos y arraigados en la realización de prácticas asistenciales por parte de los enfermeros con dificultades para ser modificadas, incluso en presencia de evidencia científica demostrada.

**Dependencia del médico:** Modelo asistencial que implica subordinación al médico en el juicio clínico, las intervenciones o la toma de decisiones en relación a las situaciones de salud-enfermedad de los individuos.

**Equipo multidisciplinar:** Implicación de profesionales con distintas competencias para la atención de los problemas de salud o enfermedad de los individuos.

**Formación pregrado:** Elementos que intervienen en el acercamiento de los alumnos de grado de enfermería al entorno asistencial durante el periodo formativo.

**Gestión sanitaria:** Criterios empleados en la toma de decisiones en relación a la gestión de los recursos humanos y materiales que afectan a los enfermeros.

**Interdependencia o colaboración:** Acciones realizadas por las enfermeras en el contexto de situaciones de salud o enfermedad donde la decisión terapéutica sobre el individuo depende de la acción conjunta de distintas disciplinas, principalmente entre médicos y enfermeros.

**Modelo asistencial enfermero:** Aplicación práctica de la profesión enfermera en los sistemas de salud imbricada con la teoría disciplinar que determina el estereotipo social de la enfermería.

**Pensamiento crítico:** Capacidad reflexiva de los profesionales que permite establecer un proceso enfermero basado en la emisión de juicios diagnósticos fundamentados y como resultado de procesos de pensamiento discriminantes.

**Transdisciplinariedad:** Modelo asistencial en el que las diferentes disciplinas profesionales actúan con el objetivo común centrado en la resolución de los problemas del paciente, desarrollando competencias que son propias del ámbito de conocimiento específico.

**Valoración realizada por los enfermeros:** Métodos sistemático empleado por los enfermeros para recoger información y datos relevantes en relación al proceso de salud o enfermedad que presenta el individuo y es necesario para establecer un juicio diagnóstico inequívoco acorde a competencias propias de la disciplina.



### Anexo 3. Comisión deontológica de la Universitat Jaume I



Sra./Sr. Miguel Ruiz Garrido  
Dept./Unit. Predep. d'Estudis Anglesos  
Facultat de Ciències Humanes

Us comuniquem que la Comissió Deontològica de la Universitat Jaume I ha emès informe FAVORABLE sobre el projecte de tesi doctoral de Claudio Alberto Rodríguez Suá, amb núm. expedient CD/017/2019 i títol "Evaluación de la clasificación NANDA-International", presentat per Miguel Ruiz Garrido, per considerar que compleix les normes deontològiques exigides.

La Comissió indica, però, les següents observacions:

No hi ha observacions



Atentament,

Beatriz Tomás Mallén  
Secretària de la Comissió Deontològica  
Universitat Jaume I

Castelló de la Plana, 2 de maig de 2019



Beatriz Tomás Mallén, secretaria de la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I de Castelló de la Plana,

CERTIFICO: Que la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I ha emitido informe FAVORABLE sobre el proyecto de tesis doctoral de Claudio Alberto Rodríguez Suá, con núm. de expediente CD/017/2019 y título "Evaluación de la clasificación NANDA-International", presentado por Miguel Ruiz Garrido, por considerar que cumple las normas deontològics exigidas.



Castellón de la Plana, 2 de mayo de 2019

## Anexo 4. Comité de ética de la investigación de Las Palmas



### DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN/COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dña **M<sup>a</sup> DOLORES FIUZA PEREZ**, Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (CEI/CEIm HUGCDN)

#### C E R T I F I C A:

Que este Comité, según consta en el Acta **3/2019** de fecha **28/03/2019** ha evaluado la propuesta del promotor: **RODRIGUEZ SUAREZ, CLAUDIO ALBERTO**, para que se realice el **ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA**. Titulado:

**"Evaluación de la clasificación NANDA-International".**

Promotor: **RODRIGUEZ SUAREZ, CLAUDIO ALBERTO**

Código CEIm HUGCDN: **2019-190-1**

Código Protocolo: **CARS-TD-2015-2020**

Docs. con versiones:

Protocolo		Versión 1, 28/03/2019
HIP y DCI		Versión 1, 28/03/2019

CEIC de Referencia: **CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN**.  
Investigador Principal: **CLAUDIO ALBERTO RODRIGUEZ SUAREZ del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Servicio ENFERMERIA**

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y el modo de reclutamiento.

El investigador y su equipo se comprometen a cumplir las recomendaciones y directrices de Buena Práctica Clínica aplicables a este tipo de estudios y la Declaración de Helsinki actualizada.

En la dirección [https://sede.gobcan.es/sede/verifica\\_doc](https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc) puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:  
0u8w3zFg9C\_cNEVt311b3x90Q1641nsRw





El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Asimismo, este Comité **APRUEBA** que dicho ESTUDIO OBSERVACIONAL - No-EPA sea realizado en el **Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil** por CLAUDIO ALBERTO RODRIGUEZ SUAREZ como Investigador Principal.

Que este Comité, tanto en su composición como en los PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95).

Con la elevación de este Dictamen a la Dirección Gerencia de este Centro para valoración de su Conformidad, terminan las acciones competencia de este CEI/CEIm sobre su estudio.

Que en dicha reunión se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

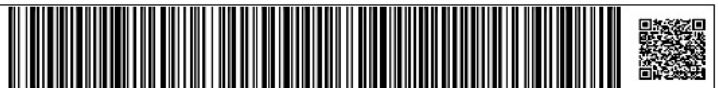
Que, en el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, dicho miembro no participa en la evaluación ni el dictamen del propio protocolo.

Lo que firmo en Las Palmas de Gran Canaria

La Secretaria Técnica

Fdo.: Dra M<sup>a</sup> DOLORES FIUZA PEREZ

En la dirección [https://sede.gobcan.es/sede/verifica\\_doc](https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc) puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:  
0u8w3zFg9C\_cNHvt311b3x90Q164InsRw







### **ANEXO I:**

La Composición actual del Comité es la siguiente:

#### **PRESIDENTE:**

Dr. D. Vicente Olmo Quintana Resp. Servicio Farmacia de Atención Primaria

#### **VICEPRESIDENTE:**

Dr. D. Antonio García Quintana. F.E.A. Servicio de Cardiología HUGCDN

#### **SECRETARIA TECNICA:**

Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Fiuza Pérez. F.E.A. Epidemiología Clínica HUGCDN

#### **VOCALES:**

Dr. D. Daniel López Fernández . Fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitación HUGCDN  
 Dr. D. Antonio Tugores Cester. Unidad de Investigación CHUIMI  
 Dra. D<sup>a</sup>. Attenya Álamo Medina. F.E.A. Servicio de Farmacia Hospitalaria CHUIMI  
 Dr. D. José L. Alonso Bilbao. F.E.A. Técnico Salud Pública AP  
 Dr. D. Mauro Boronat Cortés. F.E.A. Servicio Endocrinología CHUIMI  
 Dr. D. David Aguiar Bujanda. F.E.A. Servicio Oncología Médica HUGCDN  
 Dra. D<sup>a</sup>. Elisabet Guerra Hernández F.E.A. Anestesiología y Reanimación HUGCDN  
 D<sup>a</sup>. Elisabeth Cheneau. D.U.E. Docencia, Salud Mental CHUIMI  
 Dr. D. Félix Isidro López Blanco. Dpto. Farmacología ULPGC – CHUIMI  
 Dr. D. Francisco J. Navarro Vázquez. F.E.A. Técnico salud Pública AP  
 Dña. Fuensanta León Amador. Presidenta de la Asociación de Enfermos de Crohn y colitis  
 ulcerosa de Canarias- Personal ajeno a las Instituciones Sanitarias  
 Dr. D. Jesús María González Martín. Estadístico Unidad de Investigación HUGCDN  
 D. José Juan Morales Castro. D.U.E. Área de Quirófano CHUIMI  
 Dr. D. Octavio Ramírez García. Presidente Comité Ética Asistencial CHUIMI.  
 Dr. D. Jorge Arencibia Borrego. F.E.A. Servicio de Medicina Interna HUGCDN  
 Dr. D. Jorge Solé Violán. F.E.A. Servicio de Medicina Interna HUGCDN  
 D. Julio Ángel de Santiago Angulo. Lcdo. en Derecho, Asesor Jurídico CHUIMI  
 Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Asunción Acosta Mérida. F.E.A. Servicio de Cirugía General y Digestiva  
 HUGCDN  
 Dra. D<sup>a</sup>. Blanca Valenciano Fuente. F.E.A. Pediatra, Servicio de Pediatría CHUIMI  
 Dra. D<sup>a</sup>. Silvia de la Iglesia Iñigo F.E.A. Servicio de Hematología HUGCDN  
 Dra. D<sup>a</sup>. Juana Teresa Rodríguez Sosa. Representante Comité Ética Asistencial HUGCDN  
 D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Dolores Jarillo López-Mora. D.U.E. Enfermería HUGCDN  
 Dra. D<sup>a</sup>. Mireya Amat López. F.E.A. Servicio de Farmacia Hospitalaria HUGCDN  
 D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Del Pino Fierro Ferreyra. Periodista personal ajeno a las Instituciones Sanitarias  
 Dr. Emilio José Sanz Álvarez. Farmacólogo Clínico Hospital Universitario de Canarias.

En la dirección [https://sede.gobcan.es/sede/verifica\\_doc](https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc) puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:  
 0u8w3zFg9C\_cNEVt311b3x90Q164In6Rw



## Anexo 5. Autorización para el uso de la versión adaptada del Position on Nursing Diagnosis

**Dr. D. José Manuel Romero Sánchez, con DNI número 75816523-J, en calidad de autor de la adaptación transcultural al español de la Position on Nursing Diagnosis (PND-SV) y de la versión abreviada de la misma (PND-7-SV).**

**Autorizo al Sr. Claudio Alberto Rodríguez Suárez para poder utilizar y reproducir los instrumentos PND-SV y PND-7-SV (Position on Nursing Diagnosis). El uso del instrumento tendrá lugar en el contexto de la tesis doctoral titulada "Evaluación de la Clasificación North American Nursing Diagnoses Association-International (NANDA-I)", inscrita en el Doctorado en Ciencias de la Enfermería de la Universitat Jaume I de Castellón, dirigida por la Dra. Dña. María Isabel Mariscal Crespo.**

**Y para que conste firmo la presente en Cádiz, 20 de junio de 2018.**



**José Manuel Romero Sánchez.**

**Grupo de investigación PAIDI-CTS 1019.**

**Universidad de Cádiz**

### Anexo 6. Factores relacionados y Factores de riesgo de NANDA Internacional

Factores relacionados y Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Alteración de la función cognitiva	37	1,2
Agentes farmacológicos	33	1,1
Abuso de sustancias	32	1
Dolor	25	0,8
Régimen terapéutico	25	0,8
Económicamente desfavorecidos	24	0,8
Ansiedad	21	0,7
Edades extremas	20	0,7
Malnutrición	20	0,7
Apoyo social insuficiente	18	0,6
Factores estresantes	18	0,6
Prematuridad	16	0,5
Tabaquismo	16	0,5
Obesidad	15	0,5
Depresión	14	0,5
Deterioro neuromuscular	14	0,5
Estrategias de afrontamiento ineficaces	13	0,4
Traumatismos	13	0,4
Aislamiento social	11	0,4
Autoestima baja	11	0,4
Deterioro de la movilidad	11	0,4
Deterioro musculoesquelético	11	0,4
Enfermedad crónica	11	0,4
Sedentarismo	11	0,4
Alteración emocional	10	0,3
Deshidratación	10	0,3
Diabetes mellitus	10	0,3
Infección	10	0,3
Nutrición inadecuada	10	0,3
Retraso en el desarrollo	10	0,3
Embarazo	9	0,3
Enfermedad	9	0,3
Enfermedad psiquiátrica	9	0,3
Incongruencia cultural	9	0,3
La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad	9	0,3
Sexo femenino	9	0,3
Consumo de alcohol	8	0,3
Procedimiento quirúrgico	8	0,3
Sistema de apoyo insuficiente	8	0,3
Trastorno genético	8	0,3
Alteración del metabolismo	7	0,2
Fatiga	7	0,2
Fuerza muscular insuficiente	7	0,2
Pérdida de la condición física	7	0,2

Radioterapia	7	0,2
Recursos insuficientes	7	0,2
Trastorno psicológico	7	0,2
Alteración de la imagen corporal	6	0,2
Cuidado prenatal insuficiente	6	0,2
Deterioro de la visión	6	0,2
Deterioro neurológico	6	0,2
Enfermedad física	6	0,2
Factor mecánico	6	0,2
Hipertensión	6	0,2
Lesión cerebral	6	0,2
Obstáculos ambientales	6	0,2
Temperaturas ambientales extremas	6	0,2
Transición del desarrollo	6	0,2
Antecedentes de abuso	5	0,2
Crisis situacional	5	0,2
Debilidad	5	0,2
Deterioro de la circulación	5	0,2
Deterioro del equilibrio	5	0,2
Deterioro funcional	5	0,2
Disminución de la motivación	5	0,2
Embarazo no deseado	5	0,2
Embarazo no planificado	5	0,2
Envejecimiento	5	0,2
Exposición a químicos tóxicos	5	0,2
Habilidades comunicativas ineficaces	5	0,2
Higiene oral inadecuada	5	0,2
Inmovilidad	5	0,2
Lesión por agente químico	5	0,2
Muerte de persona significativa	5	0,2
Pesos extremos	5	0,2
Presencia de abuso	5	0,2
Trastorno conductual	5	0,2
Trastorno de la percepción	5	0,2
Trastorno psicótico	5	0,2
Abuso de laxantes	4	0,1
Afección discapacitante	4	0,1
Alteración del rol social	4	0,1
Alteración sensorial	4	0,1
Anemia	4	0,1
Antecedentes de abuso de sustancias	4	0,1
Antecedentes de abuso infantil	4	0,1
Antecedentes de caídas	4	0,1
Antecedentes de pérdida	4	0,1
Ausencia de personas significativas	4	0,1
Cambio hormonal	4	0,1
Cambios en el patrón de sueño	4	0,1
Demencia	4	0,1



Expectativas poco realistas	4	0,1
Exposición a desastres	4	0,1
Exposición a violencia	4	0,1
Hábitos dietéticos inadecuados	4	0,1
Habitualmente reprime la urgencia por defecar	4	0,1
Hemorroides	4	0,1
Hipoxia	4	0,1
Hospitalización prolongada	4	0,1
Humedad	4	0,1
Impactación fecal	4	0,1
Impotencia	4	0,1
Impulsividad	4	0,1
Ingesta de líquidos insuficiente	4	0,1
Inmunodeficiencia	4	0,1
Mecanismos de regulación comprometidos	4	0,1
Modelo de rol inadecuado	4	0,1
Nivel educativo bajo	4	0,1
Presión sobre prominencia ósea	4	0,1
Problemas de salud mental	4	0,1
Régimen terapéutico complejo	4	0,1
Sarcopenia	4	0,1
Sepsis	4	0,1
Transiciones vitales	4	0,1
Transporte inadecuado	4	0,1
Trastorno congénito	4	0,1
Vivir solo	4	0,1
Volumen de líquidos insuficiente	4	0,1
Acceso a armas	3	0,1
Accidente cerebrovascular	3	0,1
Alimentación enteral	3	0,1
Alimentos sólidos como la principal fuente de alimentación en niños de < 5 meses de edad	3	0,1
Alteración de la sensibilidad	3	0,1
Antecedentes de alergia	3	0,1
Aumento de la demanda de oxígeno	3	0,1
Aumento de la superficie corporal en relación al peso	3	0,1
Aumento rápido de peso durante la infancia	3	0,1
Aumento rápido de peso durante la primera infancia, incluyendo la primera semana, los primeros 4 meses y el primer año de vida	3	0,1
Cambio en los hábitos alimentarios	3	0,1
Coagulopatía intravascular diseminada	3	0,1
Codependencia	3	0,1
Comer frecuentemente en restaurantes o comer alimentos fritos habitualmente	3	0,1
Conducta sedentaria durante > 2 horas/día	3	0,1
Conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad	3	0,1
Consumo de alcohol excesivo	3	0,1
Consumo de bebidas azucaradas	3	0,1

Crisis de desarrollo	3	0,1
Defecto orofaríngeo	3	0,1
Deprivación del sueño	3	0,1
Desastres naturales	3	0,1
Desequilibrio electrolítico	3	0,1
Desesperanza	3	0,1
Deterioro del funcionamiento metabólico	3	0,1
Deterioro del funcionamiento motor	3	0,1
Diabetes mellitus materna	3	0,1
Dificultad para el aprendizaje	3	0,1
Dificultades legales	3	0,1
Disminución de la motilidad gastrointestinal	3	0,1
Disminución de la resistencia	3	0,1
Disminución del tiempo de sueño	3	0,1
Energía insuficiente	3	0,1
Enfermedad autoinmune	3	0,1
Enfermedad cerebral orgánica	3	0,1
Enfermedad de Hirschprung	3	0,1
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	3	0,1
Expectativas irreales sobre uno mismo	3	0,1
Experiencia limitada en la toma de decisiones	3	0,1
Exposición a radiación	3	0,1
Exposición a teratógenos	3	0,1
Exposición a toxinas	3	0,1
Factores ambientales	3	0,1
Falta de intimidad	3	0,1
Fractura	3	0,1
Gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar	3	0,1
Habilidades de resolución de problemas insuficientes	3	0,1
Herencia de factores interrelacionados	3	0,1
Hipertermia	3	0,1
Hipovolemia	3	0,1
Hipoxemia	3	0,1
Imprevisibilidad de la evolución de la enfermedad	3	0,1
Inactividad	3	0,1
Incongruencia espiritual	3	0,1
Información insuficiente	3	0,1
Ingesta diaria de calcio baja en niños	3	0,1
Ingesta diaria insuficiente	3	0,1
Inmovilización	3	0,1
Inmunosupresión	3	0,1
Juventud de los padres	3	0,1
Lesión de médula espinal	3	0,1
Niños alimentados con lactancia artificial o mixta	3	0,1
Nutrición materna inadecuada	3	0,1
Obesidad de los padres	3	0,1
Patrón de sueño no reparador	3	0,1

Percepciones alteradas relacionadas con la comida	3	0,1
Picoteo frecuente	3	0,1
Procedimiento invasivo	3	0,1
Pubarquia precoz	3	0,1
Puntuación elevada en las conductas alimentarias de atracones y restricción	3	0,1
Quemaduras	3	0,1
Reserva de grasa subcutánea insuficiente	3	0,1
Sexo masculino	3	0,1
Soledad	3	0,1
Tabaquismo materno	3	0,1
Tamaño de las raciones mayor del recomendado	3	0,1
Temor	3	0,1
Temor a quedarse sin comida	3	0,1
Temperatura ambiental baja	3	0,1
Termogénesis sin temblor ineficaz	3	0,1
Transferencia de calor	3	0,1
Traslado	3	0,1
Trastorno de las conductas alimentarias	3	0,1
Trastorno del sueño	3	0,1
Violencia doméstica	3	0,1
Vivir en un entorno no tradicional	3	0,1
Volumen de líquidos excesivo	3	0,1
Absceso rectal	2	0,1
Abuso de sustancias en la familia	2	0,1
Actividad vigorosa	2	0,1
Actividades de cuidados excesivas	2	0,1
Adaptación ineficaz a la pérdida	2	0,1
Adoctrinamiento de culto	2	0,1
Adolescencia	2	0,1
Afección gastrointestinal	2	0,1
Aislamiento de sus iguales	2	0,1
Alergia	2	0,1
Alergia alimentaria	2	0,1
Alteración de la contractilidad	2	0,1
Alteración de la frecuencia cardíaca	2	0,1
Alteración de la pigmentación	2	0,1
Alteración de la poscarga	2	0,1
Alteración de la precarga	2	0,1
Alteración de la turgencia de la piel	2	0,1
Alteración del ciclo sueño-vigilia	2	0,1
Alteración del desarrollo	2	0,1
Alteración del estado mental	2	0,1
Alteración del funcionamiento cognitivo en un miembro de la pareja	2	0,1
Alteración del ritmo cardíaco	2	0,1
Alteración del volumen de eyección	2	0,1
Alteración del volumen de líquidos	2	0,1

Alteración en las habilidades perceptuales	2	0,1
Anorexia	2	0,1
Antecedentes de abandono	2	0,1
Antecedentes de accidente cerebrovascular	2	0,1
Antecedentes de enfermedad mental	2	0,1
Antecedentes de haber cometido abusos	2	0,1
Antecedentes de rechazo	2	0,1
Antecedentes de retraso en la curación de heridas	2	0,1
Antecedentes de traumatismo	2	0,1
Antecedentes de violencia autodirigida	2	0,1
Antecedentes de violencia doméstica	2	0,1
Antecedentes familiares de conducta autodestructiva	2	0,1
Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular	2	0,1
Aumento de la resistencia vascular pulmonar (RVP)	2	0,1
Aumento de tamaño prostático	2	0,1
Ausencia de intimidad	2	0,1
Autismo	2	0,1
Baja ingesta calórica	2	0,1
Baño precoz del recién nacido	2	0,1
Barreras ambientales	2	0,1
Barreras lingüísticas	2	0,1
Cambio en la unidad familiar	2	0,1
Cambio reciente en el entorno	2	0,1
Cambios de humor	2	0,1
Capa córnea inmadura	2	0,1
Características del desarrollo en los niños	2	0,1
Cirugía infantil	2	0,1
Cirugía ortopédica	2	0,1
Coagulopatía	2	0,1
Cohesión familiar insuficiente	2	0,1
Colchón demasiado blando con objetos sueltos cerca del lactante	2	0,1
Compañeros que se automutilan	2	0,1
Complejidad del sistema sanitario	2	0,1
Complicaciones del embarazo	2	0,1
Conducta autolesiva	2	0,1
Conducta de huida cuando se enfrenta a la solución propuesta	2	0,1
Conducta inconsistente con los valores	2	0,1
Confianza materna baja	2	0,1
Conflicto de decisiones	2	0,1
Conflicto de valores	2	0,1
Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas parentales	2	0,1
Conflicto entre la pareja	2	0,1
Conflicto familiar	2	0,1
Conflicto sobre la orientación sexual	2	0,1
Conocimiento insuficiente de los factores agravantes	2	0,1
Conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de la hipotermia	2	0,1

Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico	2	0,1
Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño	2	0,1
Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la integridad tisular	2	0,1
Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño	2	0,1
Conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad	2	0,1
Conocimiento insuficiente sobre estrategias de movilidad	2	0,1
Conocimiento insuficiente sobre la higiene oral	2	0,1
Conocimiento insuficiente sobre la protección de la integridad tisular	2	0,1
Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales	2	0,1
Conocimiento insuficiente sobre las precauciones de seguridad	2	0,1
Conocimiento insuficiente sobre los recursos comunitarios	2	0,1
Contaminación de la herida quirúrgica	2	0,1
Contaminación química de los alimentos	2	0,1
Contaminación química del agua	2	0,1
Contención insuficiente en el entorno	2	0,1
Control vascular ineficaz	2	0,1
Crisis de identidad sexual	2	0,1
Crisis madurativa	2	0,1
Cuidados prenatales del último período del embarazo	2	0,1
Debilidad de los músculos abdominales	2	0,1
Debilidad muscular	2	0,1
Déficit sensorial	2	0,1
Dentición incompleta	2	0,1
Desarrollo madurativo del cuidador insuficiente	2	0,1
Descamación, desconchamiento de superficies en presencia de niños pequeños	2	0,1
Descomposición insuficiente de los contaminantes	2	0,1
Desempleo	2	0,1
Despersonalización	2	0,1
Deterioro auditivo	2	0,1
Deterioro de la autoestima	2	0,1
Deterioro de las relaciones interpersonales	2	0,1
Deterioro del funcionamiento psicosocial	2	0,1
Deterioro oral	2	0,1
Diarrea	2	0,1
Dieta baja en fibra	2	0,1
Dieta desproporcionadamente alta en grasas	2	0,1
Dieta desproporcionadamente alta en proteínas	2	0,1
Dificultad en el proceso del parto	2	0,1
Dificultades laborales	2	0,1
Discomfort	2	0,1
Discriminación	2	0,1
Disfunción bioquímica	2	0,1
Disfunción de la regulación endocrina	2	0,1
Disinergia del esfínter detrusor	2	0,1

Disminución de la fuerza muscular	2	0,1
Disminución de la respuesta sudorativa	2	0,1
Disminución de la tasa metabólica	2	0,1
Disminución del nivel hormonal en mujeres	2	0,1
Disociación	2	0,1
Disposición inadecuada para el cuidado del niño	2	0,1
Distensión intestinal	2	0,1
Distensión vesical	2	0,1
Distrés psicológico materno	2	0,1
Duelo	2	0,1
Edad	2	0,1
Edad =< 7 días	2	0,1
Edad >= 60 años	2	0,1
Edad >= 65 años	2	0,1
Edad gestacional durante la exposición	2	0,1
Edema	2	0,1
Edema en el lugar de incisión	2	0,1
El niño tiene dificultad para realizar la transición a la vida extrauterina	2	0,1
Embarazos muy seguidos	2	0,1
Encarcelamiento	2	0,1
Encarcelamiento de un miembro de la pareja	2	0,1
Enfermedad autosómica	2	0,1
Enfermedad infantil	2	0,1
Enfermedad renal	2	0,1
Enfermedad respiratoria	2	0,1
Enfermedad vascular	2	0,1
Enfermedades previas	2	0,1
Entorno desconocido	2	0,1
Entorno físico inadecuado para proporcionar el cuidado	2	0,1
Entorno inseguro	2	0,1
Entorno sobreestimulador	2	0,1
Envenenamiento por plomo	2	0,1
Estado de desequilibrio nutricional	2	0,1
Estado de salud comprometido	2	0,1
Estados maníacos	2	0,1
Estenosis rectal o anal	2	0,1
Estigmatización	2	0,1
Estímulos ambientales nocivos	2	0,1
Estrés excesivo	2	0,1
Etapas de crecimiento	2	0,1
Etnia	2	0,1
Exposición a áreas con elevados niveles de contaminación	2	0,1
Exposición a bioterrorismo	2	0,1
Exposición a polución atmosférica	2	0,1
Exposición a sustancias químicas sin protección	2	0,1
Exposición a una situación traumática	2	0,1
Exposición concomitante	2	0,1

Exposiciones previas a contaminantes	2	0,1
Factores biológicos	2	0,1
Falta de experiencia con los cuidados	2	0,1
Falta de implicación de la madre	2	0,1
Falta de implicación del padre	2	0,1
Falta de protección en las escaleras	2	0,1
Falta de protección en las ventanas	2	0,1
Familia con una jerarquía tradicional	2	0,1
Familia monoparental	2	0,1
Fatiga de los músculos respiratorios	2	0,1
Fisura rectal o anal	2	0,1
Fracasos repetidos	2	0,1
Fuente de alimentación eléctrica de alta tensión	2	0,1
Fumar en la cama	2	0,1
Habilidad insuficiente para procesar la información	2	0,1
Hábitos de defecación irregulares	2	0,1
Hábitos higiénicos inadecuados	2	0,1
Hedonismo	2	0,1
Hidratación	2	0,1
Hiperactividad del detrusor con deterioro de la contractilidad vesical	2	0,1
Hipotermia	2	0,1
Iluminación insuficiente	2	0,1
Impotencia materna	2	0,1
Imprevisibilidad de la experiencia	2	0,1
Incapacidad para expresar la tensión verbalmente	2	0,1
Incertidumbre	2	0,1
Incontinencia	2	0,1
Infección del tracto urinario	2	0,1
Infección perioperatoria de la incisión quirúrgica	2	0,1
Ingesta de fibra insuficiente	2	0,1
Ingesta excesiva de sodio	2	0,1
Ingestión de material contaminado	2	0,1
Inseguridad	2	0,1
Integración social insuficiente	2	0,1
Intimidad insuficiente para discutir abiertamente las opciones de cuidados sanitarios	2	0,1
Intolerancia alimentaria	2	0,1
Irritación gastrointestinal	2	0,1
Jugar en lugares donde se usan contaminantes ambientales	2	0,1
Lactante en decúbito lateral para dormir	2	0,1
Lesión del hipotálamo	2	0,1
Material antideslizante inadecuado en el baño	2	0,1
Modelo de rol parental inadecuado	2	0,1
Modelo de rol parental insuficiente	2	0,1
Nacimiento múltiple	2	0,1
Náuseas persistentes	2	0,1
Neuropatía	2	0,1

Nueropatía periférica	2	0,1
Número de embarazos elevado	2	0,1
Obesidad en la infancia	2	0,1
Obesidad sarcopénica	2	0,1
Obstáculos culturales para la práctica religiosa	2	0,1
Obstáculos para los cuidados dentales	2	0,1
Obstáculos para los cuidados orales	2	0,1
Obstrucción abdominal posquirúrgica	2	0,1
Ocasiones para mamar insuficientes	2	0,1
Orientación insuficiente antes del traslado	2	0,1
Parto extrahospitalario de alto riesgo	2	0,1
Parto extrahospitalario no planificado	2	0,1
Patrón de fracasos	2	0,1
Patrón de incapacidad para planificar soluciones	2	0,1
Patrón de incapacidad para visualizar las consecuencias a largo plazo	2	0,1
Percepción de prejuicios	2	0,1
Percepción no realista de las habilidades personales	2	0,1
Percepción no realista del acontecimiento	2	0,1
Pérdida activa del volumen de líquidos	2	0,1
Pérdida de autonomía	2	0,1
Pérdida de relaciones significativas	2	0,1
Perfeccionismo	2	0,1
Perfil hematológico anormal	2	0,1
Pertenencia inadecuada a un grupo	2	0,1
Perturbación emocional	2	0,1
Planes de alumbramiento no realistas	2	0,1
Polimedicación	2	0,1
Postura de alivio autodeterminada	2	0,1
Postura prescrita	2	0,1
Prácticas de higiene doméstica inadecuadas	2	0,1
Prácticas de higiene personal inadecuada	2	0,1
Preferencia por los castigos físicos	2	0,1
Preparación cognitiva para la paternidad insuficiente	2	0,1
Privación sensorial	2	0,1
Procedimiento de cirugía mayor	2	0,1
Procedimiento quirúrgico prolongado	2	0,1
Procesos familiares disfuncionales	2	0,1
Prolapso rectal	2	0,1
Puntuación $\geq 3$ según la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)	2	0,1
Reconocimiento inadecuado	2	0,1
Rectocele	2	0,1
Recursos comunitarios insuficientes	2	0,1
Recursos personales insuficientes	2	0,1
Refuerzos negativos repetidos	2	0,1
Requiere reducción del estrés rápida	2	0,1
Resistencia insuficiente	2	0,1



Respeto inadecuado por parte de los demás	2	0,1
Respuesta emocional postoperatoria	2	0,1
Respuesta insuficiente a las señales del niño	2	0,1
Retraso en la expulsión del meconio	2	0,1
Retraso en la lactancia materna	2	0,1
Ropa de vestir insuficiente	2	0,1
Ropas de protección inadecuadas	2	0,1
Ruptura familiar	2	0,1
Sedación	2	0,1
Sentido de control insuficiente	2	0,1
Sentimientos negativos	2	0,1
Sentirse amenazado por la pérdida de una relación significativa	2	0,1
Separación de los padres y el niño	2	0,1
Separación del sistema de apoyo	2	0,1
Servicios municipales insuficientes	2	0,1
Seudoobstrucción intestinal crónica	2	0,1
Sexo distinto al deseado	2	0,1
Síndrome	2	0,1
Síndrome compartimental abdominal	2	0,1
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)	2	0,1
Sistemas de cuidados sanitarios con una jerarquía tradicional	2	0,1
Suelos enmoquetados	2	0,1
Sufrimiento	2	0,1
Supervisión insuficiente	2	0,1
Supresión de la respuesta inflamatoria	2	0,1
Temor a la muerte	2	0,1
Temor a las caídas	2	0,1
Temperamento difícil	2	0,1
Tensión creciente que es intolerable	2	0,1
Tiempo de protrombina anormal (TP)	2	0,1
Tiempo de tromboplastina parcial anormal (TTP)	2	0,1
Tiempo insuficiente para discutir las opciones de cuidados sanitarios	2	0,1
Tránsito lento del colon	2	0,1
Traslado de un entorno a otro	2	0,1
Trastorno alimentario	2	0,1
Trastorno de la función hepática	2	0,1
Trastorno de personalidad borderline	2	0,1
Trastorno del carácter	2	0,1
Trastorno del estado de ánimo	2	0,1
Trastorno disociativo de la identidad	2	0,1
Trastorno inmunitario	2	0,1
Trastorno neurológico	2	0,1
Trastorno psicológico en el período postoperatorio	2	0,1
Traumatismo de la herida quirúrgica	2	0,1
Traumatismo oral	2	0,1
Tumor	2	0,1
Turbación	2	0,1

Úlcera rectal	2	0,1
Uretritis atrófica	2	0,1
Urgencia irresistible de violencia autodirigida	2	0,1
Uso de alfombras	2	0,1
Uso de contaminantes ambientales en el hogar	2	0,1
Uso de la manipulación para obtener relaciones significativas con los demás	2	0,1
Uso de material nocivo en un área insuficientemente ventilada	2	0,1
Uso de material nocivo sin protección eficaz	2	0,1
Uso inadecuado de las ropas de protección	2	0,1
Vaginitis atrófica	2	0,1
Valoración insuficiente de la paternidad	2	0,1
Ventilación mecánica	2	0,1
Violencia entre las figuras parentales	2	0,1
Visitas sanitarias prenatales inconsistentes	2	0,1
Vómitos persistentes	2	0,1
Vulnerabilidad	2	0,1
Abuso de sustancias por parte de la madre	1	0
Abuso psicosocial	1	0
Acalasia	1	0
Acceso a agentes farmacológicos	1	0
Acceso a drogas ilícitas, potencialmente contaminadas con aditivos venenosos	1	0
Acceso a nevera/congelador vacío	1	0
Acceso a productos peligrosos	1	0
Acceso a una gran cantidad de productos farmacéuticos en el hogar	1	0
Acceso inadecuado a la atención sanitaria	1	0
Acceso insuficiente a los recursos	1	0
Acceso insuficiente al proveedor de asistencia sanitaria	1	0
Accidente grave	1	0
Acontecimiento vital inesperado	1	0
Acontecimiento vital negativo	1	0
Acontecimientos fuera de la gama de experiencias humanas habituales	1	0
Actitud negativa hacia la atención sanitaria	1	0
Actividades de ocio insuficientes	1	0
Actividades recreativas insuficientes	1	0
Actos sexuales autoeróticos	1	0
Acumulación de medicamentos	1	0
Adaptación familiar ineficaz	1	0
Adolescentes que viven en entornos no tradicionales	1	0
Adulto: índice de masa corporal (IMC) próximo a 25 kg/m <sup>2</sup>	1	0
Adulto: puntuación en la escala de Braden < 18	1	0
Afección de salud inestable	1	0
Afección fisiológica	1	0
Afección isquémica	1	0
Afección musculoesquelética crónica	1	0
Afección que afecta los pies	1	0

Afección que causa un impacto en la habilidad para el mantenimiento del hogar	1	0
Afección que perjudica la regulación de la temperatura	1	0
Afección relacionada con postraumatismo	1	0
Afecciones con movimientos periódicos de las extremidades	1	0
Afecciones físicas	1	0
Afectación que impide la posibilidad de fijar el catéter	1	0
Afecto recibido inadecuado	1	0
Aféresis	1	0
Agente lesivo (puede estar presente, pero no es necesario; el dolor puede ser de etiología desconocida)	1	0
Agente nosocomial	1	0
Agentes lesivos biológicos	1	0
Agentes lesivos físicos	1	0
Agentes lesivos químicos	1	0
Agotamiento	1	0
Agotamiento de la capacidad de apoyo de la persona de referencia	1	0
Aislamiento del cuidador	1	0
Aislamiento familiar	1	0
Aislamiento físico	1	0
Aislamiento terapéutico	1	0
Alergia a la ponsetia	1	0
Alergia a picaduras de insectos	1	0
Alergia al látex	1	0
Alergia en la vía aérea	1	0
Alienación	1	0
Alienación social	1	0
Alimentación suplementaria con tetinas artificiales	1	0
Alta domiciliaria reciente con necesidades importantes de cuidados	1	0
Alta presión uretral	1	0
Altas demandas del horario laboral	1	0
Alteración de la apariencia física	1	0
Alteración de la autoestima	1	0
Alteración de la autopercepción	1	0
Alteración de la estructura corporal	1	0
Alteración de la función corporal	1	0
Alteración de la integridad de la estructura ósea	1	0
Alteración de la integridad de la piel	1	0
Alteración de la memoria	1	0
Alteración de la percepción	1	0
Alteración de la tasa metabólica	1	0
Alteración de la vida familiar	1	0
Alteración de las inclinaciones afectivas	1	0
Alteración de los procesos de coagulación	1	0
Alteración del autoconcepto	1	0
Alteración del bienestar	1	0
Alteración del funcionamiento cognitivo del receptor de los	1	0

cuidados		
Alteración del funcionamiento psicomotor	1	0
Alteración del metabolismo de la glucosa	1	0
Alteración del nivel de conciencia	1	0
Alteración del nivel de glucosa en sangre	1	0
Alteración del peristaltismo	1	0
Alteración del pH de las secreciones	1	0
Alteración en el autoconcepto	1	0
Alteración en la función olfativa	1	0
Alteración en las finanzas familiares	1	0
Alteración en los factores ambientales	1	0
Alteración en los procesos de pensamiento	1	0
Alteraciones del esfínter rectal	1	0
Alteraciones que afectan la absorción de líquidos	1	0
Alteraciones que afectan la ingesta de líquidos	1	0
Alteraciones sensitivo-perceptivas debidas a la antestesia	1	0
Alto grado de amenaza	1	0
Ambivalencia materna	1	0
Amenaza al estatus habitual	1	0
Amenaza de muerte	1	0
Amenaza de una realidad desagradable	1	0
Amenaza grave a persona querida	1	0
Amenaza grave a sí mismo	1	0
Amenazas de matarse	1	0
Amiloidosis	1	0
Ampliación de la duración del cuidado requerido	1	0
Analfabetismo funcional de los padres	1	0
Anestesia combinada, regional y general	1	0
Aneurisma	1	0
Aneurisma aorto-abdominal	1	0
Aneurisma cerebral	1	0
Anomalía de la cavidad orofaríngea	1	0
Anomalías de la vía aérea superior	1	0
Anomalías en la mama	1	0
Anomalías laríngeas	1	0
Anormalidad de la vía aérea superior	1	0
Ansiedad materna	1	0
Antecedentes de adopción	1	0
Antecedentes de alimentación enteral	1	0
Antecedentes de asma	1	0
Antecedentes de cirugía durante la infancia	1	0
Antecedentes de dependencia del ventilador > 4 días	1	0
Antecedentes de desastres	1	0
Antecedentes de desatención	1	0
Antecedentes de ejercicio vigoroso	1	0
Antecedentes de enfermedad cardiovascular	1	0
Antecedentes de fracaso en el intento de destete	1	0
Antecedentes de fracaso en la lactancia materna	1	0

Antecedentes de haber sido prisionero de guerra	1	0
Antecedentes de haber sido víctima de delincuencia	1	0
Antecedentes de intento de suicidio	1	0
Antecedentes de manipulación religiosa	1	0
Antecedentes de múltiples intentos suicidas	1	0
Antecedentes de mutilación genital	1	0
Antecedentes de posturas estáticas en el trabajo	1	0
Antecedentes de presenciar violencia familiar	1	0
Antecedentes de reacción al látex	1	0
Antecedentes de sobreendeudamiento	1	0
Antecedentes de tortura	1	0
Antecedentes de úlceras por presión	1	0
Antecedentes familiares de abuso de sustancias	1	0
Antecedentes familiares de ansiedad	1	0
Antecedentes familiares de resistencia al tratamiento	1	0
Antecedentes familiares de suicidio	1	0
Antecedentes previos de efectos adversos al medio de contraste yodado	1	0
Antecedentes previos de intolerancia a la actividad	1	0
Anticipación de la pérdida de objetos significativos	1	0
Anticipación de la pérdida de personas significativas	1	0
Anticipación de las consecuencias adversas de la anestesia	1	0
Anticipación del dolor	1	0
Anticipación del impacto de la muerte sobre los demás	1	0
Anticipación del sufrimiento	1	0
Aparatos defectuosos	1	0
Apetito insaciable	1	0
Apnea del sueño	1	0
Apoyo del entorno insuficiente	1	0
Apoyo emocional insuficiente	1	0
Apoyo familiar insuficiente	1	0
Apoyo insuficiente del paciente a la persona de referencia	1	0
Apoyo recíproco insuficiente	1	0
Apoyo social inadecuado al programa	1	0
Artritis	1	0
Asas de recipientes que sobresalen del borde de la cocina	1	0
Ascitis	1	0
Asincronía circadiana mantenida	1	0
Asistencia insuficiente	1	0
Asma	1	0
Aterosclerosis aórtica	1	0
Atribución de escaso valor social al plan	1	0
Atrofia cortical	1	0
Aumento anormal de la presión abdominal	1	0
Aumento anormal de la presión intestinal	1	0
Aumento de la dependencia del otro	1	0
Aumento de la presión intraabdominal	1	0
Aumento de la presión intracraneal (PIC)	1	0

Aumento de la presión intragástrica	1	0
Aumento de la tasa metabólica	1	0
Aumento de la temperatura 1-2 °C	1	0
Aumento de peso excesivo	1	0
Aumento del ejercicio físico	1	0
Aumento del índice de masa corporal	1	0
Aumento del nivel de estrés	1	0
Aumento del residuo gástrico	1	0
Aumento del tiempo de inmovilidad sobre superficie dura	1	0
Aumento en las necesidades de cuidados	1	0
Aumento prolongado del nivel de cortisol	1	0
Aumento sostenido de la presión intracraneal (PIC) de 10-15 mmHg	1	0
Ausencia de organización comunitaria	1	0
Ausencia de un confidente familiar	1	0
Ausencia de un dispositivo para solicitar ayuda	1	0
Autoalienación	1	0
Autoconfianza insuficiente	1	0
Autoconfianza insuficiente en la toma de decisiones	1	0
Autoeficacia baja	1	0
Baja satisfacción con la atención sanitaria	1	0
Bajo peso al nacer	1	0
Bajo peso corporal	1	0
Balón de seguridad hinchado a >= 30 ml	1	0
Baño en agua muy caliente	1	0
Barandillas para las escaleras insuficientes	1	0
Barrera ambiental	1	0
Barrera física	1	0
Barreras a la experiencia del amor	1	0
Barreras del entorno	1	0
Barreras físicas	1	0
Barreras para la elevación de la parte superior del cuerpo	1	0
Bruxismo	1	0
Bypass cardiopulmonar	1	0
Cables eléctricos sueltos	1	0
Cálculos renales	1	0
Calefacción de gas sin ventilación	1	0
Cama en una posición muy elevada	1	0
Cambiar el testamento	1	0
Cambio de entorno significativo	1	0
Cambio de los roles familiares	1	0
Cambio de poder entre los miembros de la familia	1	0
Cambio en el apetito	1	0
Cambio en el estado civil	1	0
Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia	1	0
Cambio en el estatus social de la familia	1	0
Cambio en el rol familiar	1	0
Cambio en la fuente de agua	1	0

Cambio en la interacción con la comunidad	1	0
Cambio en la naturaleza de las actividades de cuidados	1	0
Cambio en las prácticas espirituales	1	0
Cambio en los ritos religiosos	1	0
Cambio notable de actitud	1	0
Cambio notable de conducta	1	0
Cambio notable en el rendimiento académico	1	0
Cambios degenerativos en los músculos pélvicos	1	0
Cambios en el entorno	1	0
Cambios en el peso	1	0
Cambios en la membrana alvéolo-capilar	1	0
Cambios en las etapas del sueño relacionados con la edad	1	0
Caminar 4 metros requiere > 5 segundos	1	0
Camino inseguro	1	0
Cáncer	1	0
Cáncer colorrectal	1	0
Cantidad de tiempo como cuidador	1	0
Capacidad intelectual baja	1	0
Características demográficas que aumentan la posibilidad de desadaptación	1	0
Carámbanos de hielo colgando de los tejados	1	0
Cardiopatía congénita	1	0
Carretera insegura	1	0
Cateterización urinaria	1	0
Cateterizaciones múltiples	1	0
Cerclaje mandibular	1	0
Circuncisión	1	0
Cirugía cardíaca	1	0
Cirugía cardiovascular	1	0
Cirugía del cuello	1	0
Cirugía facial	1	0
Cirugía mamaria previa	1	0
Cirugía oral	1	0
Cistitis	1	0
Clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA) >= 2	1	0
Coagulopatía esencial	1	0
Cobertura sanitaria insuficiente	1	0
Coexistencia de múltiples situaciones adversas	1	0
Coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	1	0
Coito	1	0
Colgar el chupete alrededor del cuello del niño	1	0
Combustible almacenado de manera inadecuada	1	0
Comer en respuesta a estímulos externos	1	0
Comer en respuesta a estímulos internos distintos del hambre	1	0
Compensación económica insuficiente al profesional	1	0
Competencia mental deficiente	1	0
Complejidad de las actividades de cuidados	1	0

Complejidad de las tareas de cuidados	1	0
Complicaciones cardiovasculares	1	0
Complicaciones del posparto	1	0
Complicaciones perinatales	1	0
Complicaciones prenatales	1	0
Compra de un arma de fuego	1	0
Comprensión errónea de la información por la persona de referencia	1	0
Comprensión inadecuada	1	0
Comprensión insuficiente de la información por la persona de referencia	1	0
Comprensión insuficiente de la información sobre la salud	1	0
Compresión mecánica	1	0
Compresión nerviosa	1	0
Compromiso de la fuente nutricional	1	0
Compromiso del par craneal	1	0
Compromiso del transporte fetal de oxígeno	1	0
Comunicación insuficiente entre padres y adolescentes	1	0
Conducta desorganizada del niño	1	0
Conducta lábil	1	0
Conducta premórbida	1	0
Conducta problemática	1	0
Conducta social incongruente con las normas	1	0
Conducta suicida	1	0
Confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación	1	0
Confianza insuficiente en el profesional de la salud	1	0
Confianza insuficiente en los demás	1	0
Confianza insuficiente para discutir de manera abierta opciones de cuidados sanitarios	1	0
Conflicto	1	0
Conflicto con la obligación moral	1	0
Conflicto cultural	1	0
Conflicto debido a preferencias cambiantes	1	0
Conflicto en el desarrollo de roles	1	0
Conflicto en las relaciones interpersonales	1	0
Conflicto entre diferentes compromisos del rol del cuidador	1	0
Conflicto entre la autopercepción y el sistema de valores	1	0
Conflicto entre los objetivos vitales	1	0
Conflicto entre los que toman la decisión	1	0
Conflicto parental a causa de la conducta desorganizada del niño	1	0
Conflicto racial	1	0
Confrontación de la realidad de la enfermedad terminal	1	0
Confusión	1	0
Conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad	1	0
Conocimiento insuficiente de la prevención de la intoxicación	1	0
Conocimiento insuficiente de las precauciones contra el sangrado	1	0
Conocimiento insuficiente de las precauciones de seguridad	1	0
Conocimiento insuficiente de las señales conductuales	1	0



Conocimiento insuficiente de los agentes farmacológicos	1	0
Conocimiento insuficiente de los factores de riesgo	1	0
Conocimiento insuficiente de los padres sobre la importancia de la lactancia materna	1	0
Conocimiento insuficiente de los padres sobre las técnicas de lactancia materna	1	0
Conocimiento insuficiente de los recursos	1	0
Conocimiento insuficiente del cuidador sobre el proceso de enfermedad	1	0
Conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención del úlceras por decúbito	1	0
Conocimiento insuficiente del uso de la silla de ruedas	1	0
Conocimiento insuficiente del valor de la actividad física	1	0
Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos	1	0
Conocimiento insuficiente para gestionar una situación	1	0
Conocimiento insuficiente sobre alternativas relacionadas con la sexualidad	1	0
Conocimiento insuficiente sobre como fomentar la reciprocidad	1	0
Conocimiento insuficiente sobre el control de los síntomas	1	0
Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento del hogar	1	0
Conocimiento insuficiente sobre el proceso de destete	1	0
Conocimiento insuficiente sobre factores de riesgo modificables	1	0
Conocimiento insuficiente sobre la enfermedad	1	0
Conocimiento insuficiente sobre la función sexual	1	0
Conocimiento insuficiente sobre la salud dental	1	0
Conocimiento insuficiente sobre las necesidades de líquidos	1	0
Conocimiento insuficiente sobre las técnicas de transferencia	1	0
Conocimiento insuficiente sobre los beneficios del ejercicio físico	1	0
Conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificables	1	0
Conocimientos deficientes por parte del paciente o del cuidador en relación a los cuidados de la sonda vesical	1	0
Contagio interpersonal	1	0
Contracturas	1	0
Contraindicaciones para la lactancia materna	1	0
Control insuficiente de los impulsos	1	0
Control insuficiente sobre el entorno	1	0
Control insuficiente sobre la situación	1	0
Contusión	1	0
Corrosivos almacenados de manera inadecuada	1	0
Creencias culturales respecto a la actividad aceptable	1	0
Creencias culturales sobre la salud	1	0
Creencias de salud incongruentes con el plan	1	0
Creencias familiares sobre la salud	1	0
Creencias personales poco claras	1	0
Crisis convulsivas	1	0
Crisis de desarrollo experimentada por la persona de referencia	1	0
Crisis de estado de final de vida	1	0
Crisis en la gestión de la discapacidad	1	0

Crisis en la gestión de la enfermedad	1	0
Crisis espiritual	1	0
Crisis financiera	1	0
Crisis personal	1	0
Crisis relacionada con la etapa de desarrollo	1	0
Cronicidad de la crisis existente	1	0
Crueldad con los animales	1	0
Cuerpo extraño en la vía aérea	1	0
Cuidados domiciliarios de un niño con necesidades especiales	1	0
Cuidados ineficaces	1	0
Cuidados prenatales inadecuados	1	0
Culpabilidad	1	0
Cumplimiento insuficiente de las expectativas de los demás	1	0
Cumplimiento insuficiente de las propias expectativas	1	0
Daño cerebral	1	0
Datos de resultados del programa inadecuados	1	0
Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte	1	0
Debilidad de los músculos pélvicos	1	0
Debilidad generalizada	1	0
Decisiones de final de vida	1	0
Decisiones sobre el tratamiento	1	0
Defecto neurológico	1	0
Defecto traqueal	1	0
Defectos anatómicos adquiridos	1	0
Defectos de la cavidad nasofaríngea	1	0
Defectos laríngeos	1	0
Defectos nasales	1	0
Deficiencia intrínseca del esfínter uretral	1	0
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	1	0
Déficit de autocuidados	1	0
Déficit de vitamina A	1	0
Déficit propioceptivo	1	0
Deformidad de la pared torácica	1	0
Deformidad ósea	1	0
Dejar a un niño en el agua sin atención	1	0
Dejar un biberón en la cuna del niño	1	0
Delirio	1	0
Demandas de potencia episódicas e incontroladas	1	0
Demandas excesivas	1	0
Demandas ocupacionales	1	0
Demencia multiinfarto	1	0
Dependencia	1	0
Dependencia de la tecnología	1	0
Deprivación afectiva	1	0
Deprivación ambiental	1	0
Deprivación emocional	1	0
Deprivación sociocultural	1	0
Dermatomiositis	1	0

Desequilibrio de neurotransmisores, neuromoduladores y receptores	1	0
Desequilibrio en la ventilación-perfusión	1	0
Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno	1	0
Desorganización familiar	1	0
Desorientación	1	0
Desplazamiento del hogar	1	0
Destrucción del propio hogar	1	0
Desvelo	1	0
Deterioro cognitivo	1	0
Deterioro de la afección fisiológica	1	0
Deterioro de la capacidad de contener heces	1	0
Deterioro de la contractilidad de la vejiga	1	0
Deterioro de la deglución	1	0
Deterioro de la función metabólica	1	0
Deterioro de la habilidad para la traslación	1	0
Deterioro de la habilidad para percibir relaciones espaciales	1	0
Deterioro de la habilidad para percibir una parte del cuerpo	1	0
Deterioro de la relación con una persona significativa	1	0
Deterioro de la salud del cuidador	1	0
Deterioro de los mecanismos de defensa primaria	1	0
Deterioro de los procesos de pensamiento	1	0
Deterioro del funcionamiento social	1	0
Deterioro del sistema nervioso central	1	0
Deterioro del suelo pélvico	1	0
Deterioro en la toma de decisiones	1	0
Deterioro neurológico por encima del centro pontino de la micción	1	0
Deterioro neurológico por encima del centro sacro de la micción	1	0
Deterioro sensitivo-motor	1	0
Deterioro sensorio-perceptivo	1	0
Diámetro del catéter inadecuado	1	0
Diarrea crónica	1	0
Dieta absoluta > 24 horas	1	0
Dieta absoluta prolongada	1	0
Diferencias de sexo en estrategias de afrontamiento	1	0
Dificultad en la relación paciente-profesional	1	0
Dificultad en la visualización de la arteria o la vena	1	0
Dificultad para acceder a apoyo	1	0
Dificultad para acceder a la asistencia	1	0
Dificultad para acceder a los cuidados dentales	1	0
Dificultad para acceder a recursos comunitarios	1	0
Dificultad para la defecación	1	0
Dificultades con la marcha	1	0
Dilatación cervical	1	0
Discapacidad crónica	1	0
Discapacidad física	1	0
Disconfort prolongado	1	0
Discontinuidad del profesional	1	0

Discusiones sobre el tema de la muerte	1	0
Disección arterial	1	0
Disfunción autoinmune	1	0
Disfunción de la integridad sensorial	1	0
Disfunción del lóbulo frontal	1	0
Disfunción del suelo pélvico	1	0
Disfunción efectora	1	0
Disfunción inmune	1	0
Disfunción renal	1	0
Disinergia del esfínter detrusor externo	1	0
Dislipemia	1	0
Disminución de la acción ciliar	1	0
Disminución de la capacidad vesical	1	0
Disminución de la circulación gastrointestinal	1	0
Disminución de la comprensión de todas las opciones de cuidados sanitarios disponibles	1	0
Disminución de la concentración sérica de hidroxivitamina D-25	1	0
Disminución de la coordinación muscular	1	0
Disminución de la coordinación ojo-mano	1	0
Disminución de la energía	1	0
Disminución de la fortaleza del ego	1	0
Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores	1	0
Disminución de la hemoglobina	1	0
Disminución de la ingesta alimentaria	1	0
Disminución de la masa muscular	1	0
Disminución de la movilidad	1	0
Disminución de la oxigenación tisular	1	0
Disminución de la perfusión cerebral =< 50-60 mmHg	1	0
Disminución de la perfusión tisular	1	0
Disminución de la salivación	1	0
Disminución de la visión	1	0
Disminución de las habilidades motoras finas	1	0
Disminución de las habilidades motoras gruesas	1	0
Disminución de plaquetas	1	0
Disminución del control muscular	1	0
Disminución del gasto cardíaco	1	0
Disminución del nivel de albúmina sérica	1	0
Disminución del nivel de conciencia	1	0
Disminución del reflejo nauseoso	1	0
Disminución en el control del entorno	1	0
Disminución general en el tono muscular	1	0
Disonancia sociocultural	1	0
Dispositivo de demanda de ayuda que no funciona correctamente	1	0
Distancia física de la persona que toma la decisión	1	0
Distensión gástrica	1	0
Distracciones en el entorno	1	0
Distrés emocional	1	0
Distrofia miotónica	1	0

Divorciado	1	0
Dolor crónico	1	0
Dolor materno	1	0
Donar las posesiones	1	0
Duelo complicado	1	0
Duración del acontecimiento traumático	1	0
Duración del cuidado	1	0
Edad =< 2 años	1	0
Edad > 50 años	1	0
Edad > 60 años	1	0
Edad > 70 años	1	0
Edad >= 45 años	1	0
Edad 15-19 años	1	0
Edad 2-4 meses	1	0
Edad materna =< 15 años	1	0
Edad materna >= 35 años	1	0
Edema periorbital	1	0
Efecto adverso del medio de contraste	1	0
Ejercicios de amplitud máxima de movimientos	1	0
El cuidador es la pareja	1	0
El cuidador es una mujer	1	0
El programa aborda de forma incompleta el problema de salud	1	0
El receptor de los cuidados muestra una conducta atípica	1	0
El receptor de los cuidados muestra una conducta desviada	1	0
Elección del estilo de vida	1	0
Elecciones del estilo de vida	1	0
Elevación de la proteína C reactiva	1	0
Emaciación	1	0
Embolia pulmonar	1	0
Embolismo	1	0
Embolismo vascular	1	0
Empleo de la madre	1	0
Endocarditis infecciosa	1	0
Enemas	1	0
Enfermedad aguda	1	0
Enfermedad cardiovascular	1	0
Enfermedad de Alzheimer	1	0
Enfermedad de la cara/cuello	1	0
Enfermedad de la madre	1	0
Enfermedad de Ménière	1	0
Enfermedad de Parkinson	1	0
Enfermedad del niño	1	0
Enfermedad esofágica	1	0
Enfermedad fisiológica	1	0
Enfermedad intestinal inflamatoria	1	0
Enfermedad mental parental	1	0
Enfermedad pancreática	1	0
Enfermedad progresiva	1	0

Enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia	1	0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	0
Enfermedad terminal	1	0
Enganche del niño ineficaz	1	0
Entorno desordenado	1	0
Entorno físico inadecuado	1	0
Entorno institucional disfuncional	1	0
Entorno laboral sin las debidas medidas de seguridad	1	0
Entorno no favorable a las necesidades	1	0
Entrenamiento insuficiente para realizar ejercicio físico	1	0
Enuresis nocturna	1	0
Epididimitis	1	0
Equipamiento para proporcionar el cuidado insuficiente	1	0
Erecciones dolorosas durante el sueño	1	0
Esclerodermia	1	0
Esclerosis múltiple	1	0
Esfínter potente	1	0
Esfínter rectal disfuncional	1	0
Espacio habitable reducido	1	0
Espasmo de la arteria coronaria	1	0
Espasmo en la vía aérea	1	0
Espasmo vesical	1	0
Espasmos	1	0
Estacionalidad	1	0
Estado civil	1	0
Estado de salud física comprometido	1	0
Estado fisiológico	1	0
Estenosis anal	1	0
Estenosis carotídea	1	0
Estenosis isquémica	1	0
Estenosis mitral	1	0
Estenosis postinflamatoria	1	0
Estenosis quirúrgica	1	0
Estilo de vida no estimulante	1	0
Estilos de afrontamiento diferentes entre la persona de referencia y el paciente	1	0
Estilos de afrontamiento diferentes entre las personas de referencia	1	0
Estimulación cutánea	1	0
Estimulación digital	1	0
Estimulación sensorial insuficiente	1	0
Estímulos dolorosos por debajo del nivel de la lesión	1	0
Estímulos fóbicos	1	0
Estímulos insuficientes	1	0
Estímulos irritativos por debajo del nivel de la lesión	1	0
Estímulos visuales desagradables	1	0
Estrategias de relajación de la tensión ineficaces	1	0

Estreñimiento	1	0
Estrés crónico	1	0
Estresores repetidos	1	0
Etnia no caucásica	1	0
Excreciones	1	0
Expectativas del rol poco realistas	1	0
Expectativas incongruentes con la fase del desarrollo	1	0
Expectativas no realistas del receptor de cuidados	1	0
Experiencia cercana a la muerte	1	0
Experimentar el proceso de agonía	1	0
Expertos comunitarios insuficientes	1	0
Exposición a acontecimientos que implican múltiples muertes	1	0
Exposición a alérgenos	1	0
Exposición a alérgenos ambientales	1	0
Exposición a brotes de enfermedades	1	0
Exposición a condiciones climatológicas inseguras	1	0
Exposición a contaminantes	1	0
Exposición a epidemias	1	0
Exposición a humo	1	0
Exposición a humos	1	0
Exposición a la guerra	1	0
Exposición a la muerte	1	0
Exposición a maquinaria peligrosa	1	0
Exposición a metales pesados sin protección	1	0
Exposición a nefrotoxinas	1	0
Exposición a patógenos	1	0
Exposición a productos corrosivos	1	0
Exposición corporal	1	0
Exposición del globo ocular	1	0
Exposición frecuente a productos de látex	1	0
Exposición repetida a sustancias ambientales alergénicas	1	0
Expulsión fetal	1	0
Exudado alveolar	1	0
Eyaculación	1	0
Eyección ventricular izquierda disminuida	1	0
Factor ambiental	1	0
Factor psicógeno	1	0
Factores del entorno	1	0
Factores que causan un impacto en las relaciones personales	1	0
Factores que influyen en las necesidades de líquidos	1	0
Falta de atención	1	0
Falta de experiencia en la actividad	1	0
Falta de experiencia en la toma de decisiones	1	0
Falta de uso	1	0
Familia numerosa	1	0
Fatiga materna	1	0
Fibrilación arterial	1	0
Fijación insuficiente del catéter	1	0

Fisura anal	1	0
Fluctuación de la temperatura ambiental	1	0
Fluctuación en la temperatura	1	0
Forcejear con las sujeciones físicas	1	0
Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro	1	0
Fractura de cadera	1	0
Fricción en la superficie	1	0
Fuentes de información contradictorias	1	0
Fuerzas de cizallamiento	1	0
Fuga de gas	1	0
Fugas de gas	1	0
Fumador pasivo	1	0
Fumar cerca de una fuente de oxígeno	1	0
Función ejecutiva deficiente	1	0
Funcionamiento neurológico inmaduro	1	0
Gestación múltiple	1	0
Gestión inadecuada de la diabetes	1	0
Gestión incoherente de la oposición de la familia al tratamiento	1	0
Gestión ineficaz de la medicación	1	0
Glomerulonefritis	1	0
Grandes cambios	1	0
Grasa en la estufa	1	0
Gravedad de la enfermedad	1	0
Gravedad de la enfermedad del receptor del cuidado	1	0
Habilidades de comunicación del profesional ineficaces	1	0
Habilidades deficientes sobre alternativas relacionadas con la sexualidad	1	0
Habilidades educativas del profesional insuficientes	1	0
Habilidades insuficientes para mejorar la reciprocidad	1	0
Habilidades insuficientes para realizar el régimen terapéutico	1	0
Hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador	1	0
Hábitos de eliminación ineficaces	1	0
Hábitos incorrectos de autoalimentación	1	0
Hacer testamento	1	0
Hemorragia gastrointestinal aguda	1	0
Herencia	1	0
Heridas	1	0
Hidratación cutánea	1	0
Higiene del sueño inadecuada	1	0
Hipercalcemia	1	0
Hipercolesterolemia	1	0
Hiperlipidemia	1	0
Hiperplasia de la pared bronquial	1	0
Hipersensibilidad a la proteína de la goma de látex natural	1	0
Hipersensibilidad oral	1	0
Hipertensión maligna	1	0
Hiperventilación	1	0
Hipervigilancia	1	0



Hipocontractilidad del detrusor	1	0
Hipotensión	1	0
Hipotensión ortorstática	1	0
Hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal	1	0
Hipotermia grado 1, temperatura central cercana a 36,5 °C	1	0
Hipotermia grado 2, temperatura central cercana a 36 °C	1	0
Hipotermia grado 3, temperatura central cercana a 35 °C	1	0
Hipotermia grado 4, temperatura central cercana a 34 °C	1	0
Hipotermia grave, temperatura central cercana a 30 °C	1	0
Hipotermia grave, temperatura central cercana a 32 °C	1	0
Hipotermia leve, temperatura central cercana a 35 °C	1	0
Hipotermia moderada, temperatura central cercana a 32 °C	1	0
Hipotermia, temperatura central cercana a 35 °C	1	0
Hipotiroidismo	1	0
Hipoxia tisular	1	0
Hitos perdidos	1	0
Hora del día	1	0
Hospitalización	1	0
Hospitalización del niño	1	0
Hueso heterotópico	1	0
Humillación	1	0
Ideas suicidas	1	0
Impactación	1	0
Implicación de los miembros en el plan insuficiente	1	0
Imprecisión en la apreciación de la amenaza	1	0
Imprevisibilidad de la situación de cuidados	1	0
Incapacidad de los padres para satisfacer las propias necesidades personales	1	0
Incapacidad para absorber los nutrientes	1	0
Incapacidad para comprometerse en relaciones personales satisfactorias	1	0
Incapacidad para conservar la energía adaptativa	1	0
Incapacidad para digerir los alimentos	1	0
Incapacidad para ingerir los alimentos	1	0
Incapacidad para mantener el control	1	0
Incapacidad para perdonar	1	0
Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias	1	0
Incapacidad para verbalizar de manera adecuada las percepciones sobre las opciones de cuidados sanitarios	1	0
Incertidumbre sobre el encuentro con un poder superior	1	0
Incertidumbre sobre el pronóstico	1	0
Incertidumbre sobre la existencia de un poder superior	1	0
Incertidumbre sobre la habilidad para el destete	1	0
Incertidumbre sobre la vida después de la muerte	1	0
Incompetencia del esfínter esofágico inferior	1	0
Inconsciencia	1	0
Indefensión	1	0

Índice de masa corporal (IMC) > percentil 75 apropiado según la edad y género	1	0
Inestabilidad hemodinámica	1	0
Infarto de miocardio	1	0
Infarto de miocardio reciente	1	0
Infección materna	1	0
Infección vesical	1	0
Infección vírica	1	0
Infiltración tumoral	1	0
Inflamación gastrointestinal	1	0
Información disponible contradictoria, para tomar la decisión ética	1	0
Información disponible contradictoria, para tomar la decisión moral	1	0
Información disponible para la persona de referencia insuficiente	1	0
Información errónea obtenida por la persona de referencia	1	0
Información errónea proporcionada por otros	1	0
Información errónea sobre la función sexual	1	0
Información insuficiente en relación a las opciones de cuidados sanitarios	1	0
Infracciones con vehículos a motor	1	0
Ingerir grandes bocados de comida	1	0
Ingesta de cafeína	1	0
Ingesta excesiva de flúor	1	0
Ingesta excesiva de líquidos	1	0
Inhibición del arco reflejo	1	0
Inmadurez neurológica	1	0
Inmovilidad mecánica	1	0
Inmovilidad prescrita	1	0
Inmovilización física	1	0
Institucionalización	1	0
Institucionalización prolongada	1	0
Insuficiencia renal crónica	1	0
Insuficiente interés en el aprendizaje	1	0
Intensidad del régimen terapéutico	1	0
Interacción sociocultural insuficiente	1	0
Interacciones interpersonales insuficientes	1	0
Interés insuficiente en la actividad física	1	0
Intereses inadecuados para la etapa de desarrollo del individuo	1	0
Interferencia en la toma de decisiones	1	0
Interpretación errónea de los indicadores	1	0
Interrupción causada por la persona que duerme con el paciente	1	0
Interrupción de la lactancia materna	1	0
Interrupciones en la vida familiar a causa del régimen de cuidados domiciliarios	1	0
Intimidación por tratamientos invasivos	1	0
Intimidación por tratamientos restrictivos	1	0
Intimidad insuficiente del cuidador	1	0
Intolerancia a la actividad	1	0

Intolerancia a la alimentación	1	0
Intoxicación	1	0
Intoxicación patológica	1	0
Intrusión por parte de los profesionales clínicos	1	0
Intubación	1	0
Intubación oro/nasal	1	0
Invasión de la intimidad	1	0
Irritación de la piel	1	0
Isquemia	1	0
Jóvenes homosexuales	1	0
Jubilación	1	0
Jugar con bolsas de plástico	1	0
Jugar con explosivos	1	0
Jugar con objetos peligrosos	1	0
Juventud	1	0
La afección del receptor de los cuidados inhibe la conversación	1	0
La enfermedad del niño impide la iniciación eficaz del contacto parental	1	0
La persona de referencia enfrenta una crisis situacional	1	0
Laberintitis	1	0
Labio leporino	1	0
Lactante excesivamente acalorado	1	0
Lactante excesivamente arropado	1	0
Las reglas morales apoyan distintas acciones mutuamente contradictorias	1	0
Lenguaje corporal negativo	1	0
Lesión	1	0
Lesión cerebral aguda	1	0
Lesión colorrectal	1	0
Lesión de la cara/cuello	1	0
Lesión de la superficie ocular	1	0
Lesión de las extremidades inferiores	1	0
Lesión de los nervios motores inferiores	1	0
Lesión de los nervios motores superiores	1	0
Lesión del sistema nervioso	1	0
Lesión grave a persona querida	1	0
Lesión medular	1	0
Lesión muscular	1	0
Lesión neurológica con pérdida sensorial o de reflejos motores	1	0
Lesión por aplastamiento	1	0
Lesión tisular	1	0
Leucopenia	1	0
Limitación del tiempo para la toma de decisiones	1	0
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	1	0
Linfopenia	1	0
Litiasis biliar	1	0
Llevar ropas sueltas cerca de las llamas	1	0
Los principios morales apoyan distintas acciones mutuamente	1	0

contradictorias		
Los valores morales apoyan distintas acciones mutuamente contradictorias	1	0
Lugar de inserción	1	0
Mal uso de las sujeciones en los asientos	1	0
Mal uso de los protectores para la cabeza	1	0
Malabsorción	1	0
Malestar físico	1	0
Malignidad	1	0
Malnutrición calórico-proteica	1	0
Manejo repetido de cargas pesadas	1	0
Manifiesta deseos de morir	1	0
Manipulación poco segura de equipamiento pesado	1	0
Mareo por el movimiento	1	0
Mareos al extender el cuello	1	0
Mareos al girar el cuello	1	0
Marginalización social	1	0
Masa extraintestinal	1	0
Mayor peso de partida al inicio de cada embarazo	1	0
Mecanismos desencadenantes innatos a estímulos externos	1	0
Meningitis	1	0
Menor de edad gestacional	1	0
Menstruación	1	0
Minoría étnica	1	0
Miocardipatía dilatada	1	0
Mixoma auricular	1	0
Molestias generadas por la atención sanitaria	1	0
Monitorización inadecuada de la glucosa	1	0
Motivación insuficiente	1	0
Motivación insuficiente para realizar la actividad física	1	0
Mucosidad excesiva	1	0
Muerte inminente	1	0
Multicausalidad	1	0
Múltiples procedimientos quirúrgicos	1	0
Nacimiento de un niño	1	0
Narcolepsia	1	0
Necesidad de destetar bruscamente al niño	1	0
Necesidades no satisfechas	1	0
Necrosis cortical bilateral	1	0
Nefritis intersticial	1	0
Neoplasia	1	0
Neuropatía autónoma	1	0
Neuropatía diabética	1	0
Niño < 2 años: peso en relación a la altura próximo al percentil 95	1	0
Niño 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) próximo al percentil 85 o 25 kg/m <sup>2</sup>	1	0
Niño maltratado	1	0
Niño: escala Q de Braden =< 16	1	0

Niños con percentiles de índice de masa corporal (IMC) altos	1	0
Niños en el asiento delantero del coche	1	0
Niños que sobrepasan los percentiles de índice de masa corporal (IMC) hacia arriba	1	0
Nivel de desarrollo inapropiado para las exigencias del rol	1	0
Nivel de inmunización en la comunidad	1	0
Nivel educativo materno bajo	1	0
No acepta el diagnóstico	1	0
No aceptación de la propia mortalidad	1	0
No adherencia al plan de gestión de la diabetes	1	0
No usar sujeciones en los asientos	1	0
Nueva crisis	1	0
Número inadecuado de indicaciones para la acción	1	0
Obesidad materna	1	0
Objetos inflamables	1	0
Observaciones de hechos relacionados con la muerte	1	0
Obstáculos del entorno	1	0
Obstáculos del entorno para la práctica religiosa	1	0
Obstáculos económicos	1	0
Obstáculos físicos	1	0
Obstáculos para acceder a líquidos	1	0
Obstáculos para el autocuidado	1	0
Obstáculos para la comunicación	1	0
Obstáculos para la práctica de la religión	1	0
Obstrucción anatómica	1	0
Obstrucción de los pasillos	1	0
Obstrucción del drenaje vesical	1	0
Obstrucción del trato urinario	1	0
Obstrucción intestinal	1	0
Obstrucción mecánica	1	0
Obstrucción uretral	1	0
Obstrucción vascular	1	0
Ocupación	1	0
Oportunidades inadecuadas para prepararse para los estresores	1	0
Oportunidades perdidas	1	0
Organización familiar insuficiente	1	0
Otitis media recurrente	1	0
Oxigenoterapia	1	0
Paladar hendido	1	0
Pancreatitis	1	0
Panhipopituitarismo	1	0
Parálisis	1	0
Parálisis cerebral	1	0
Parálisis familiar del sueño	1	0
Paraplejía	1	0
Parásitos	1	0
Parpadear < 5 veces por minuto	1	0
Participación en el sistema de acogida	1	0

Patología del sistema gastrointestinal	1	0
Patologías con hipotonía importante	1	0
Patrón de adaptación del cuidador ineficaz	1	0
Patrón de adaptación familiar ineficaz	1	0
Patrón de alimentación deficiente	1	0
Patrón de alimentación mal establecido	1	0
Patrón de amenaza de violencia	1	0
Patrón de conducta violenta antisocial	1	0
Patrón de dificultades en el entorno familiar	1	0
Patrón de dilación	1	0
Patrón de disfunción familiar	1	0
Patrón de disfunción familiar anterior a la situación de cuidado	1	0
Patrón de impotencia	1	0
Patrón de relación entre el cuidador y el receptor del cuidado ineficaz	1	0
Patrón de relación ineficaz	1	0
Patrón de sexualidad ineficaz	1	0
Patrón de violencia dirigida a otros	1	0
Patrón de violencia indirecta	1	0
Patrones familiares de cuidados sanitarios	1	0
Peligro eléctrico	1	0
Pensamientos recurrentes de muerte	1	0
Pensamientos recurrentes de suicidio	1	0
Pequeños objetos en las vías aéreas	1	0
Percepción de amenaza al sistema de valores	1	0
Percepción de baja credibilidad del profesional	1	0
Percepción de barreras	1	0
Percepción de beneficios	1	0
Percepción de gravedad del problema	1	0
Percepción de incapacidad al tratar con emociones fuertes	1	0
Percepción de muerte inminente	1	0
Percepción de que las creencias de las personas significativas difieren del plan	1	0
Percepción de susceptibilidad	1	0
Percepción de tener asuntos pendientes	1	0
Percepción de vulnerabilidad	1	0
Percepción del acontecimiento como traumático	1	0
Pérdida	1	0
Pérdida de confianza en el poder espiritual	1	0
Pérdida de confianza en los valores trascendentales	1	0
Pérdida de control de las funciones corporales	1	0
Pérdida de control sobre una situación que requiere resolución de problemas	1	0
Pérdida de independencia	1	0
Pérdida de la función de una parte del cuerpo	1	0
Pérdida de las estructuras de soporte oral	1	0
Pérdida de líquidos a través de vías anormales	1	0
Pérdida de objeto significativo	1	0

Pérdida de peso anormal	1	0
Pérdida de peso excesiva	1	0
Pérdida de peso inintencionada	1	0
Pérdida de una parte del cuerpo	1	0
Pérdida excesiva de líquidos a través de las vías normales	1	0
Pérdida involuntaria > 4,5 kg en un año	1	0
Pérdida involuntaria del 25 % del peso corporal en un año	1	0
Período de parto y alumbramiento	1	0
Período de recuperación postoperatoria	1	0
Períodos de crecimiento rápido	1	0
Permiso de maternidad de corta duración	1	0
Persistencia de una higiene del sueño inadecuada	1	0
Personalidad adictiva	1	0
Pertenencia inadecuada	1	0
Pesadillas	1	0
Piel escamosa	1	0
Piel seca	1	0
Pielonefritis	1	0
Piromanía	1	0
Plan de evaluación inadecuado del programa	1	0
Plan suicida	1	0
Planificación familiar insuficiente	1	0
Poca capacidad de la vejiga	1	0
Porfiria	1	0
Portador de lentes de contacto	1	0
Posición corporal que inhibe la expansión pulmonar	1	0
Postura	1	0
Precauciones insuficientes contra la intoxicación	1	0
Predisposición genética	1	0
Predisposición genética al abuso de sustancias	1	0
Preocupación de la persona de referencia por cuestiones ajenas a la familia	1	0
Preocupación laboral	1	0
Preparación alimentaria antihigiénica	1	0
Preparación cognitiva para la maternidad insuficiente	1	0
Preparación insuficiente para el desempeño del rol	1	0
Prescripción de restricción de movimientos	1	0
Presenciar una muerte violenta	1	0
Presenciar una mutilación	1	0
Presión sobre los genitales	1	0
Presupuesto inadecuado para el programa	1	0
Problemas circulatorios	1	0
Problemas de conducta alimentaria	1	0
Problemas de salud física	1	0
Problemas disciplinarios	1	0
Problemas neurológicos	1	0
Procedimientos	1	0
Procedimientos intravasculares	1	0

Proceso de agonía	1	0
Proctitis	1	0
Profesionales al servicio de la comunidad	1	0
Prolapso pélvico grave	1	0
Protección de fuentes de calor insuficiente	1	0
Prótesis en extremidades inferiores	1	0
Prótesis valvular mecánica	1	0
Proximidad al paso de vehículos	1	0
Prueba de cribaje de drogas positiva	1	0
Psicosis	1	0
Psicosis de Korsakoff	1	0
Puntuación > 1 según la clasificación el estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)	1	0
Puntuación >= 2 según la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)	1	0
Puntuación baja en la escala de valoración del riesgo de úlceras por presión (RAPS)	1	0
Puntuación en la escala de Glasgow < 7	1	0
Quemaduras solares	1	0
Quimioterapia	1	0
Quiste ovárico	1	0
Receptor de los cuidados dado de alta al domicilio con necesidades de cuidados importantes	1	0
Rechazo del pecho	1	0
Recibir afecto insuficiente	1	0
Recibir aprobación insuficiente por parte de los demás	1	0
Recibir malas noticias	1	0
Recompensa insuficiente	1	0
Recuperación eufórica súbita de una depresión grave	1	0
Recursos inadecuados	1	0
Recursos inadecuados para la resolución de problemas	1	0
Recursos insuficientes para realizar la actividad física	1	0
Reducción del grosor del tejido que envuelve el tríceps	1	0
Reflejo de succión ineficaz	1	0
Reflejo débil de succión del niño	1	0
Régimen terapéutico de coste muy elevado	1	0
Relación violenta	1	0
Relaciones abusivas	1	0
Relaciones familiares ambivalentes	1	0
Relaciones ineficaces	1	0
Relajación involuntaria del esfínter	1	0
Reposo en cama	1	0
Resiliencia emocional insuficiente	1	0
Resiliencia insuficiente	1	0
Resistencia a iniciar el movimiento	1	0
Respiración bucal	1	0
Responsabilidades de cuidados durante las 24 horas	1	0
Respuesta aprendida	1	0



Respuesta innata a estímulos	1	0
Restricción de la actividad prolongada	1	0
Retención de los fluidos corporales	1	0
Retención de secreciones	1	0
Retención urinaria	1	0
Retirada de sustancias	1	0
Retraso de la fase II de la lactogénesis	1	0
Retraso en el desarrollo cognitivo	1	0
Retraso en el desarrollo del cuidador	1	0
Retraso en el desarrollo del receptor del cuidado	1	0
Retraso en el encendido de aparatos de gas	1	0
Retraso en el vaciado gástrico	1	0
Retraso en la atención prenatal	1	0
Retraso neurológico	1	0
Revelación de información confidencial	1	0
Rigidez articular	1	0
Ritmo inapropiado en el proceso de destete	1	0
Ritmo rápido de inserción	1	0
Rol de cuidador	1	0
Rol de superviviente	1	0
Rol parental inconsistente	1	0
Ropa ajustada	1	0
Ropa inadecuada para la temperatura ambiental	1	0
Ropas insuficientemente protectoras	1	0
Ruptura prematura de la membrana amniótica	1	0
Ruptura prolongada de la membrana amniótica	1	0
Sabores desagradables	1	0
Sales de hierro	1	0
Salud inestable del receptor de los cuidados	1	0
Satisfacción del paciente inadecuada con el programa	1	0
Secreción láctea inadecuada	1	0
Secreciones	1	0
Segmento ventricular izquierdo acinético	1	0
Seguimiento con el profesional insuficiente	1	0
Sensibilidad oral a la temperatura	1	0
Sentido de la responsabilidad exagerado	1	0
Sentimiento de pertenencia insuficiente	1	0
Sentimientos no expresados de forma crónica por la persona de referencia	1	0
Señales conductuales	1	0
Señales verbales	1	0
Separación del entorno familiar	1	0
Separación entre los padres y el niño	1	0
Separación madre-niño	1	0
Separación padres-niño	1	0
Separación prolongada de los padres	1	0
Sexo masculino cuando tiene < 1 año de edad	1	0
Siestas frecuentes	1	0

Simulación de enfermedad	1	0
Síndrome de Capgras	1	0
Síndrome de hipersomnolencia nerviosa central idiopática	1	0
Síndrome de hipoventilación	1	0
Síndrome del nodo sinusal	1	0
Síndrome vespertino	1	0
Síntomas relacionados con la enfermedad	1	0
Sistema de transporte inseguro	1	0
Situaciones coexistentes que afectan a la persona de referencia	1	0
Situaciones de transición	1	0
Sobreestimulación del entorno	1	0
Sobreestimulación sensorial	1	0
Sobrepeso en la infancia	1	0
Socialización del rol insuficiente	1	0
Solución irritante	1	0
Sonambulismo	1	0
Suelo resbaladizo	1	0
Sufrimiento espiritual	1	0
Sufrimiento social	1	0
Suicidios en grupo	1	0
Sujeciones insuficiente en el coche	1	0
Supositorios	1	0
Taponamiento cardíaco	1	0
Tareas propias del desarrollo no alcanzadas	1	0
Temor a la humillación	1	0
Temor a la institucionalización	1	0
Temor a la pérdida de autonomía	1	0
Temor a la separación	1	0
Temor a las infecciones de transmisión sexual	1	0
Temor a las repercusiones	1	0
Temor al embarazo	1	0
Temor al fracaso	1	0
Temperatura ambiental elevada	1	0
Temperatura preoperatoria baja (< 36 °C)	1	0
Tendedero de ropa colgado bajo	1	0
Tensión de la cápsula esplénica	1	0
Tensión de la cápsula hepática	1	0
Tensión en el desempeño del rol	1	0
Terrores nocturnos	1	0
Tiempo de descanso del cuidador insuficiente	1	0
Tiempo de duración del régimen terapéutico	1	0
Tiempo de ocio del cuidador insuficiente	1	0
Tiempo insuficiente	1	0
Tiempo que el catéter estará insertado	1	0
Tipo de catéter inadecuado	1	0
Tomas de corta duración	1	0
Tos ineficaz	1	0
Transmisión interpersonal	1	0

Traqueostomía	1	0
Trastorno de la perfusión circulatoria	1	0
Trastorno de la personalidad	1	0
Trastorno endocrino	1	0
Trastorno psicológico del cuidador	1	0
Trastorno psicológico del receptor del cuidado	1	0
Tratamiento deshumanizador	1	0
Traumatismo del cuello	1	0
Traumatismo facial	1	0
Tristeza	1	0
Trombosis venosa profunda	1	0
Tumor cerebral	1	0
Tumor localizado	1	0
Tumores intraabdominales	1	0
Úlcera gástrica	1	0
Uretritis	1	0
Urgencia irresistible de cortarse a uno mismo	1	0
Urgencia urinaria	1	0
Uso concurrente de agentes farmacológicos	1	0
Uso de catéter urinario de gran calibre	1	0
Uso de catéter urinario durante tiempo prolongado	1	0
Uso de dispositivos de ayuda	1	0
Uso de escaleras inestables	1	0
Uso de instrumentos	1	0
Uso de ropa de cama con insuficiente capacidad de absorción de humedad	1	0
Uso de sillas inestables	1	0
Uso de sujeciones	1	0
Uso de vajilla resquebrajada	1	0
Uso del chupete	1	0
Uso excesivo de agentes orales de limpieza abrasivos	1	0
Uso habitual de sustancias que manchan	1	0
Uso inadecuado de sustancias	1	0
Uso inapropiado de las sujeciones	1	0
Uso prolongado del ordenador (> 20 horas/semana)	1	0
Vaciado intestinal incompleto	1	0
Vacunación inadecuada	1	0
Valores espirituales incongruentes con el plan	1	0
Valores incongruentes con el plan	1	0
Valores incongruentes con las normas culturales	1	0
Valores personales poco claros	1	0
Variación anatómica en los órganos pélvicos	1	0
Varices esofágicas	1	0
Vasculitis	1	0
Vecindario con alto nivel de delincuencia	1	0
Vehículo en marcha en un garaje cerrado	1	0
Venas frágiles	1	0
Vestimenta inapropiada	1	0

Vía aérea artificial	1	0
Viajes	1	0
Vibración de todo el cuerpo	1	0
Vinculación inapropiada con el sistema sanitario	1	0
Violación	1	0
Violencia en la comunidad	1	0
Visión insuficiente	1	0
Viudo	1	0
Vómitos	1	0
Vómitos crónicos	1	0
Vulnerabilidad social	1	0
<b>Total</b>	<b>3052</b>	<b>100</b>

### Anexo 7. Características definitorias de NANDA International

Características definitorias	Frecuencia	Porcentaje
Fatiga	14	0,7
Ansiedad	13	0,6
Inquietud	12	0,6
Cambios en el patrón de sueño	11	0,5
Depresión	10	0,5
Disnea	10	0,5
Irritabilidad	10	0,5
Temor	9	0,4
Ira	8	0,4
Alteración en la concentración	7	0,3
Culpabilidad	7	0,3
Taquicardia	7	0,3
Agitación	6	0,3
Desesperanza	6	0,3
Dolor abdominal	6	0,3
Estrategias de afrontamiento ineficaces	6	0,3
Náuseas	6	0,3
Vergüenza	6	0,3
Aislamiento social	5	0,2
Anorexia	5	0,2
Color de la piel anormal	5	0,2
Confusión	5	0,2
Diarrea	5	0,2
Vómitos	5	0,2
Abuso de sustancias	4	0,2
Alienación	4	0,2
Aprensión	4	0,2
Atención centrada en el yo	4	0,2
Autoestima baja	4	0,2
Bradycardia	4	0,2
Contacto visual escaso	4	0,2
Dependencia	4	0,2
Diaforesis	4	0,2
Dilatación pupilar	4	0,2
Edema	4	0,2
Frustración	4	0,2
Hostilidad	4	0,2
Impaciencia	4	0,2
Impotencia	4	0,2
Insomnio	4	0,2
Ortopnea	4	0,2
Sonidos respiratorios anormales	4	0,2
Abandono	3	0,1
Acceso insuficiente a sistemas de apoyo	3	0,1
Agresión	3	0,1

Alteración del patrón respiratorio	3	0,1
Alteraciones en la presión arterial	3	0,1
Aumento de la frecuencia cardíaca	3	0,1
Autoculpabilización	3	0,1
Cambios de humor	3	0,1
Cefaleas	3	0,1
Conducta de vinculación insuficiente	3	0,1
Debilidad	3	0,1
Desamparo	3	0,1
Deterioro del funcionamiento social	3	0,1
Ejecución inefectiva del rol	3	0,1
Escalofríos	3	0,1
Estrés excesivo	3	0,1
Expresión facial de dolor	3	0,1
Hipertensión	3	0,1
Indefensión	3	0,1
Letargia	3	0,1
Llanto	3	0,1
Palpitaciones cardíacas	3	0,1
Prurito	3	0,1
Sufrimiento	3	0,1
Tos	3	0,1
Urgencia urinaria	3	0,1
Abdomen distendido	2	0,1
Actitud triste	2	0,1
Aleteo nasal	2	0,1
Alteración de la frecuencia respiratoria	2	0,1
Alteración del estado mental	2	0,1
Alteración en el funcionamiento neuroendocrino	2	0,1
Alteración en la actividad sexual	2	0,1
Alucinaciones	2	0,1
Apatía	2	0,1
Aumento de la frecuencia respiratoria	2	0,1
Aumento de la presión venosa central (PVC)	2	0,1
Aumento de la sudoración	2	0,1
Aumento de la tasa metabólica	2	0,1
Aumento de la tensión arterial	2	0,1
Aumento de los síntomas físicos	2	0,1
Aumento del tiempo de reacción	2	0,1
Ausencia de contacto visual	2	0,1
Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas	2	0,1
Autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado	2	0,1
Cambio en el rol sexual	2	0,1
Cambio en los patrones de comunicación	2	0,1
Cambios electrocardiográficos (ECG)	2	0,1
Cavilación	2	0,1

Cianosis de los lechos ungueales	2	0,1
Conducta de distracción	2	0,1
Conducta de exploración	2	0,1
Conducta de protección	2	0,1
Conducta expresiva	2	0,1
Conducta indecisa	2	0,1
Conducta no asertiva	2	0,1
Conductas de evitación	2	0,1
Congestión nasal	2	0,1
Culpabilización	2	0,1
Degluciones repetitivas	2	0,1
Desconcierto	2	0,1
Desconfianza	2	0,1
Desorganización	2	0,1
Deterioro de la habilidad para ajustar la postura de uno o ambos miembros inferiores a superficies irregulares	2	0,1
Deterioro de la habilidad para conseguir una postura equilibrada del torso	2	0,1
Deterioro de la habilidad para mantener el torso en una posición de equilibrio	2	0,1
Deterioro de la habilidad para posicionar el torso en relación con el peso corporal	2	0,1
Deterioro de la habilidad para usar dispositivos de ayuda	2	0,1
Deterioro de la movilidad física	2	0,1
Dificultad con el régimen terapéutico prescrito	2	0,1
Dificultad para conciliar el sueño	2	0,1
Dificultad para hablar	2	0,1
Dificultad para usar expresiones faciales	2	0,1
Dificultad para verbalizar	2	0,1
Disconfort	2	0,1
Disminución de la presión arterial	2	0,1
Disminución de la productividad	2	0,1
Disminución de los pulsos periféricos	2	0,1
Disminución del apetito	2	0,1
Disnea de esfuerzo	2	0,1
Disnea paroxística nocturna	2	0,1
Distensión vesical	2	0,1
Disuria	2	0,1
Dolor	2	0,1
Dolor al defecar	2	0,1
Energía insuficiente	2	0,1
Enfermedades frecuentes	2	0,1
Estreñimiento	2	0,1
Evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente	2	0,1
Expresa deseo de mejorar la esperanza	2	0,1
Expresa deseo de mejorar la toma de decisiones	2	0,1
Falta de propósito	2	0,1

Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo	2	0,1
Habilidades de resolución de problemas insuficientes	2	0,1
Halitosis	2	0,1
Heces duras, formadas	2	0,1
Hipervigilancia	2	0,1
Hipotensión	2	0,1
Hipoxia	2	0,1
Incertidumbre	2	0,1
Informes de personas próximas sobre cambios en conductas de dolor/cambios de actividades	2	0,1
Ingurgitación yugular	2	0,1
Insatisfacción con el sueño	2	0,1
Inseguridad	2	0,1
Masa abdominal palpable	2	0,1
Micciones frecuentes	2	0,1
Movimientos descoordinados	2	0,1
Negación	2	0,1
Negación de problemas	2	0,1
Nerviosismo	2	0,1
Nicturia	2	0,1
No sentirse querido	2	0,1
Oliguria	2	0,1
Palidez	2	0,1
Palpitaciones	2	0,1
Parestesia	2	0,1
Pasividad	2	0,1
Patrón de sueño no reparador	2	0,1
Patrón respiratorio anormal	2	0,1
Pérdida de identidad	2	0,1
Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina	2	0,1
Pesadillas	2	0,1
Pesimismo	2	0,1
Piel caliente al tacto	2	0,1
Piel fría al tacto	2	0,1
Piel ruborizada	2	0,1
Piloerección	2	0,1
Postura de evitación del dolor	2	0,1
Preocupación	2	0,1
Presencia de ruido cardíaco S3	2	0,1
Rechazo	2	0,1
Rechazo a los alimentos	2	0,1
Reflujo nasal	2	0,1
Regurgitación	2	0,1
Relleno capilar lento	2	0,1
Respuesta de alarma exagerada	2	0,1
Retortijones abdominales	2	0,1
Retraso en el desarrollo	2	0,1
Ruidos intestinales hiperactivos	2	0,1



Sensación de calor	2	0,1
Sensación de náuseas	2	0,1
Sentirse diferente de los demás	2	0,1
Sequedad de boca	2	0,1
Soledad	2	0,1
Sopor	2	0,1
Subestima su habilidad para gestionar la situación	2	0,1
Taquipnea	2	0,1
Temblor	2	0,1
Temblor de manos	2	0,1
Tensión	2	0,1
Tensión muscular	2	0,1
Urgencia intestinal	2	0,1
Abandono de las responsabilidades sociales	1	0
Abandono del trabajo	1	0
Abrasiones	1	0
Aburrimiento	1	0
Abuso de enemas	1	0
Abuso de laxantes	1	0
Abuso de supositorios	1	0
Abuso verbal de la pareja	1	0
Abuso verbal de los niños	1	0
Abuso verbal de los padres	1	0
Acceso insuficiente a apoyo social	1	0
Accidentes frecuentes	1	0
Acciones congruentes con las expresiones verbales	1	0
Acciones repetitivas	1	0
Acciones sin sentido	1	0
Aceleración de los síntomas de enfermedad de un miembro de la familia	1	0
Aceleración del vaciado gástrico	1	0
Aceptación de las fortalezas	1	0
Aceptación de las limitaciones	1	0
Aceptación insuficiente	1	0
Acidosis metabólica	1	0
Acoso	1	0
Actitud de superioridad respecto a los demás	1	0
Actividad alfa difusa en el electroencefalograma (EEG) con los ojos cerrados	1	0
Actividades familiares inadecuadas para alcanzar el objetivo de salud	1	0
Activo-despierto	1	0
Actuar sin pensar	1	0
Adaptación al cambio ineficaz	1	0
Adicción a la nicotina	1	0
Adicción al juego	1	0
Adopción de la postura de trípode	1	0
Adopta los síntomas de enfermedad del paciente	1	0

Adulto: índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m <sup>2</sup>	1	0
Adulto: índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m <sup>2</sup>	1	0
Adulto: presencia de >= 2 de los siguientes síntomas en el sistema de clasificación Roma III	1	0
Afección discapacitante	1	0
Aflicción a causa de los cambios en la relación con el receptor de los cuidados	1	0
Agitación psicomotora	1	0
Agrandamiento de las amígdalas	1	0
Agresividad	1	0
Aislamiento emocional	1	0
Alimento con olor ácido	1	0
Allanamiento	1	0
Alteración de la atención	1	0
Alteración de la coagulación	1	0
Alteración de la conducta de seguridad en el lado desatendido	1	0
Alteración de la densidad específica de la orina	1	0
Alteración de la estructura corporal	1	0
Alteración de la excitación sexual	1	0
Alteración de la frecuencia cardíaca	1	0
Alteración de la función cognitiva	1	0
Alteración de la función motora	1	0
Alteración de la función psicomotora	1	0
Alteración de la imagen corporal	1	0
Alteración de la integridad de la piel	1	0
Alteración de la interpretación	1	0
Alteración de la lateralización del sonido	1	0
Alteración de la libido	1	0
Alteración de la marcha	1	0
Alteración de la memoria a corto plazo	1	0
Alteración de la memoria a largo plazo	1	0
Alteración de la percepción del rol	1	0
Alteración de la personalidad	1	0
Alteración de la posición de la cabeza	1	0
Alteración de la presión de la arteria pulmonar (PAP)	1	0
Alteración de la resolución de conflictos familiares	1	0
Alteración de la respuesta a estímulos	1	0
Alteración de la satisfacción sexual	1	0
Alteración de la sensación del gusto	1	0
Alteración de la sudoración	1	0
Alteración de la turgencia de la piel	1	0
Alteración de la visión del propio cuerpo	1	0
Alteración de las características de la piel	1	0
Alteración de las dinámicas familiares	1	0
Alteración de las relaciones con personas significativas	1	0
Alteración de las rutinas familiares	1	0
Alteración de los movimientos torácicos	1	0
Alteración de los reflejos primarios	1	0

Alteración de los roles familiares	1	0
Alteración del funcionamiento corporal	1	0
Alteración del funcionamiento urinario	1	0
Alteración del nivel de conciencia	1	0
Alteración del patrón de sueño	1	0
Alteración en el funcionamiento inmunitario	1	0
Alteración en el nivel de actividad	1	0
Alteración en el patrón de sueño	1	0
Alteración en el rendimiento académico de los niños	1	0
Alteración en la conducta sexual	1	0
Alteración en la disponibilidad para las respuestas afectivas	1	0
Alteración en la evaluación de la realidad	1	0
Alteración en la habilidad para continuar con las actividades previas	1	0
Alteración en la intimidad	1	0
Alteración en la participación en la resolución de problemas	1	0
Alteración en la satisfacción familiar	1	0
Alteración en la tensión muscular	1	0
Alteración en las rutinas del cuidador	1	0
Alteración progresiva de la función cognitiva	1	0
Ambivalencia del rol	1	0
Amnesia disociativa	1	0
Anasarca	1	0
Andar de un lado para otro	1	0
Angustia	1	0
Angustia al escuchar las opiniones de otros	1	0
Angustia mientras intenta tomar una decisión	1	0
Angustia por actuar basándose en la propia elección moral	1	0
Anhelo de la persona fallecida	1	0
Ansiedad excesiva sobre la tarea a realizar	1	0
Antecedentes de abuso	1	0
Antecedentes de abuso infantil	1	0
Antecedentes de desvinculación	1	0
Antecedentes de intento de suicidio	1	0
Antecedentes de rechazo	1	0
Antecedentes de traumatismo	1	0
Apnea	1	0
Aportes superiores a las pérdidas	1	0
Apoyo externo insuficiente para la asunción del rol	1	0
Apoyo insuficiente mutuo en las actividades de la vida diaria entre la pareja	1	0
Apoyo social insuficiente	1	0
Aprensión sobre el bienestar del receptor de los cuidados si el cuidador es incapaz de proporcionar el cuidado	1	0
Aprensión sobre la habilidad futura para proporcionar el cuidado	1	0
Aprensión sobre la potencial institucionalización del receptor de los cuidados	1	0
Aprensión sobre la salud futura del receptor de los cuidados	1	0

Arañarse el cuerpo	1	0
Ardor de estómago	1	0
Arqueamiento del niño al ponerlo a mamar	1	0
Arrebatos de mal genio	1	0
Arrepentimiento	1	0
Arritmia	1	0
Asimetría facial	1	0
Asumir la responsabilidad del abuso de sustancias de otro miembro de la familia	1	0
Ataques de pánico	1	0
Atragantamiento	1	0
Atragantamiento previo a la deglución	1	0
Aumento de accidentes	1	0
Aumento de conductas coléricas	1	0
Aumento de diámetro anteroposterior del tórax	1	0
Aumento de enfermedades	1	0
Aumento de la alerta	1	0
Aumento de la concentración de la orina	1	0
Aumento de la concentración en la respiración	1	0
Aumento de la deglución	1	0
Aumento de la desconfianza	1	0
Aumento de la frecuencia cardíaca respecto a la basal (< 20 pulsaciones/minuto)	1	0
Aumento de la frecuencia cardíaca respecto a la basal (>= 20 pulsaciones/minuto)	1	0
Aumento de la impaciencia	1	0
Aumento de la ira	1	0
Aumento de la presión arterial respecto a la basal (< 20 mmHg)	1	0
Aumento de la presión arterial respecto a la basal (>= 20 mmHg)	1	0
Aumento de la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar (PEAP)	1	0
Aumento de la presión intraabdominal	1	0
Aumento de la presión parcial de dióxido de carbono (PCO2)	1	0
Aumento de la resistencia vascular pulmonar (RVP)	1	0
Aumento de la resistencia vascular sistémica (RVS)	1	0
Aumento de la salivación	1	0
Aumento de la sensibilidad al dolor	1	0
Aumento de la temperatura corporal	1	0
Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal	1	0
Aumento de la tensión	1	0
Aumento de la verbalización de necesidades	1	0
Aumento de los requerimientos de descanso	1	0
Aumento de peso	1	0
Aumento de peso en un corto período de tiempo	1	0
Aumento del absentismo	1	0
Aumento del apetito	1	0
Aumento del consumo de oxígeno	1	0
Aumento del hematocrito	1	0

Aumento del residuo gástrico	1	0
Aumento del uso de los músculos accesorios para la respiración	1	0
Aumento desproporcionado de la presión intracraneal (PIC) tras un estímulo	1	0
Aumento moderado de la frecuencia respiratoria sobre la basal	1	0
Aumento repetido de la presión intracraneal (PIC) $\geq$ 10 mmHg durante $\geq$ 5 minutos tras un estímulo externo	1	0
Aumento significativo de la frecuencia respiratoria sobre la basal	1	0
Aumento de la tensión	1	0
Ausencia de conductas adaptativas a los cambios del entorno	1	0
Ausencia de dientes	1	0
Ausencia de diuresis	1	0
Ausencia de producción de leche con la estimulación del pezón	1	0
Ausencia de pulsos periféricos	1	0
Ausencia de sensación de micción	1	0
Ausencia de sistema de apoyo	1	0
Ausencia de tos	1	0
Ausencia de un plan	1	0
Ausencia de una parte del cuerpo	1	0
Ausencia de urgencia para miccionar	1	0
Ausencia de ventosidades	1	0
Autoamputación de una parte del cuerpo	1	0
Autoconciencia excesiva	1	0
Autoestima afectada	1	0
Autogestión insuficiente	1	0
Autoinculpación excesiva	1	0
Autojuicio severo	1	0
Aversión a los alimentos	1	0
Aversión hacia alimentos	1	0
Azotemia	1	0
Babeo	1	0
Bloqueo de pensamientos	1	0
Bradipnea	1	0
Broncoespasmo	1	0
Bruxismo	1	0
Busca mamar el pecho con frecuencia	1	0
Búsqueda de afirmación	1	0
Búsqueda de aprobación	1	0
Búsqueda de confirmación de ser deseable	1	0
Búsqueda de la persona fallecida	1	0
Búsqueda de reafirmación excesiva	1	0
Búsqueda de sensaciones	1	0
Búsqueda del significado de la pérdida	1	0
Caída excesiva del cabello	1	0
Calambres	1	0
Cálculos orales excesivos	1	0
Cambio disfuncional en las actividades del cuidador	1	0
Cambio en el apetito	1	0

Cambio en el estilo de vida	1	0
Cambio en el interés hacia los demás	1	0
Cambio en el interés hacia sí mismo	1	0
Cambio en el patrón de relaciones	1	0
Cambio en el patrón habitual de responsabilidad	1	0
Cambio en el rol	1	0
Cambio en la (s) relación (es)	1	0
Cambio en la autopercepción del rol	1	0
Cambio en la capacidad de retomar el rol	1	0
Cambio en la habilidad para realizar una estimación espacial de la relación entre el cuerpo y el entorno	1	0
Cambio en la implicación social	1	0
Cambio en la participación en la toma de decisiones	1	0
Cambio en la percepción que los demás tienen del rol	1	0
Cambio en la respuesta fisiológica	1	0
Cambio en la somatización	1	0
Cambio en las alianzas de poder	1	0
Cambio en las conductas de reducción del estrés	1	0
Cambio en las expresiones de aislamiento respecto de los recursos comunitarios	1	0
Cambio en las expresiones de conflicto con los recursos comunitarios	1	0
Cambio en las rutinas	1	0
Cambio en las tareas asignadas	1	0
Cambio en los ruidos intestinales	1	0
Cambio en parámetros fisiológicos	1	0
Cambio no deseado en la función sexual	1	0
Cambios en el patrón intestinal habitual	1	0
Cambios en el peso	1	0
Cambios en la conducta verbal	1	0
Cambios en la emotividad	1	0
Cambios en las actividades de ocio	1	0
Cansancio	1	0
Cantidad excesiva de esputo	1	0
Caos	1	0
Capacidad de resolución de problemas insuficiente	1	0
Caries dental	1	0
Caries en las raíces	1	0
Cavidad bucal irritada	1	0
Cefalea (dolor difuso en diferentes áreas de la cabeza y no limitado a ninguna área de distribución nerviosa específica)	1	0
Cefalea al despertar	1	0
Centra la atención en la apariencia anterior	1	0
Centra la atención en la fortaleza anterior	1	0
Centra la atención en la función anterior	1	0
Cianosis	1	0
Cianosis distal	1	0
Cierre incompleto de los labios	1	0

Claudicación intermitente	1	0
Claves verbales pesimistas	1	0
Cohesión insuficiente	1	0
Coma	1	0
Compartir datos personales de manera inapropiada	1	0
Comprensión inadecuada de los compromisos de funcionamiento de la pareja	1	0
Comunicación ineficaz con la pareja	1	0
Comunicación insatisfactoria con la pareja	1	0
Conciencia de los síntomas fisiológicos	1	0
Conducta compulsiva	1	0
Conducta de búsqueda	1	0
Conducta de fuga	1	0
Conducta de no adherencia	1	0
Conducta de pánico	1	0
Conducta de reconocimiento del propio cuerpo	1	0
Conducta de riesgo	1	0
Conducta de vigilancia del propio cuerpo	1	0
Conducta defensiva	1	0
Conducta destructiva hacia los demás	1	0
Conducta destructiva hacia sí mismo	1	0
Conducta dirigida al objetivo insuficiente	1	0
Conducta inapropiada	1	0
Conducta inconsistente	1	0
Conducta poco fiable	1	0
Conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las habilidades del paciente	1	0
Conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía del paciente	1	0
Conducta punitiva	1	0
Conducta violenta	1	0
Conductas de ataque	1	0
Conductas de los familiares perjudiciales para el bienestar	1	0
Confianza insuficiente	1	0
Conflicto con el sistema	1	0
Conflicto de valores	1	0
Conflicto del rol	1	0
Conflicto entre la pareja	1	0
Conflicto familiar	1	0
Conflictos crecientes	1	0
Conflictos excesivos en la comunidad	1	0
Conformista	1	0
Confunde el amor y la compasión	1	0
Confusión de género	1	0
Confusión del rol	1	0
Confusión sobre los objetivos	1	0
Confusión sobre los valores culturales	1	0
Confusión sobre los valores ideológicos	1	0

Congestión conjuntival	1	0
Congestión pulmonar	1	0
Conocimiento insuficiente	1	0
Conocimiento insuficiente de los requisitos del rol	1	0
Conocimiento insuficiente sobre el abuso de sustancias	1	0
Conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud	1	0
Conocimientos deficientes	1	0
Constreñir una parte del cuerpo	1	0
Contracción uterina	1	0
Convulsión	1	0
Convulsiones	1	0
Cortes en el cuerpo	1	0
Crecimiento personal	1	0
Crisis financiera	1	0
Crítica	1	0
Cuestionamiento de la identidad	1	0
Cuestionamiento de las costumbres religiosas	1	0
Cuestionamiento de las creencias personales mientras se intenta tomar una decisión	1	0
Cuestionamiento de las reglas morales mientras se intenta tomar una decisión	1	0
Cuestionamiento de los patrones religiosos de creencias	1	0
Cuestionamiento de los valores morales mientras se intenta tomar una decisión	1	0
Cuestionamiento de los valores personales mientras se intenta tomar una decisión	1	0
Cuestionamiento de principios morales mientras se intenta tomar una decisión	1	0
Cuestionamiento del sentido de la vida	1	0
Cuestionamiento del sentido del sufrimiento	1	0
Cuidado inconsistente	1	0
Cuidados de los pechos inadecuados	1	0
Cuidados prenatales inadecuados	1	0
Culpa excesiva	1	0
Culpabilidad por la dificultad en mantener sus responsabilidades	1	0
Culpabilidad por la sensación de alivio	1	0
Curva tida de presión intracraneal elevada (P2 PIC)	1	0
Daño	1	0
Deambulación de la que no puede ser fácilmente disuadido	1	0
Deambulación en espacios no autorizados	1	0
Deambulación fortuita	1	0
Deambulación inquieta	1	0
Deambulación persistente en busca de algo	1	0
Deambulación que comporta perderse	1	0
Debilidad de los músculos necesarios para la deglución	1	0
Debilidad de los músculos necesarios para la masticación	1	0
Debilidad generalizada	1	0
Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos	1	0



de salud		
Decoloración del esmalte	1	0
Dedos extendidos	1	0
Déficit de autocuidado: alimentación	1	0
Déficit de autocuidado: baño	1	0
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	1	0
Déficit de autocuidado: vestido	1	0
Déficit visual parcial	1	0
Déficit visual total	1	0
Deglución fraccionada	1	0
Demanda de asistencia para el mantenimiento del hogar	1	0
Demanda de un líder espiritual	1	0
Depende de la opiniones de los demás	1	0
Dependencia del paciente	1	0
Deposiciones del niño anómalas	1	0
Derrame pleural	1	0
Desapego	1	0
Desarrollo de complicaciones relacionadas	1	0
Desatención a las necesidades del niño	1	0
Desatención a las relaciones con el miembro de la familia	1	0
Desatención de las necesidades básicas del paciente	1	0
Desatención de las obligaciones hacia un miembro de la familia	1	0
Desatención del régimen terapéutico	1	0
Desatención visuoespacial unilateral	1	0
Desaturación de oxígeno	1	0
Descamación	1	0
Descamación de la mucosa	1	0
Desconoce la posición del miembro desatendido	1	0
Descripciones delirantes del yo	1	0
Deseo de estar solo	1	0
Deseo de reconectar con el patrón de creencias anterior	1	0
Deseo de reconectar con las costumbres anteriores	1	0
Deseo de soledad	1	0
Desequilibrio electrolítico	1	0
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	1	0
Desesperación	1	0
Desinformación	1	0
Desinhibición	1	0
Desinterés por el entorno	1	0
Desinterés por la lectura de literatura espiritual	1	0
Desinterés por la naturaleza	1	0
Desinterés por mejorar las conductas de salud	1	0
Desorientación	1	0
Desorientación en el espacio	1	0
Desorientación en el tiempo	1	0
Desorientación en lo referente a personas	1	0
Despersonalización de la pérdida mediante el uso de pronombres impersonales	1	0

Despersonalización de una parte del cuerpo mediante el uso de pronombres impersonales	1	0
Despertar nocturno	1	0
Despertar temprano	1	0
Despertarse sin querer	1	0
Desplaza el origen de los síntomas	1	0
Desplaza el temor del impacto de la afección	1	0
Destrucción tisular	1	0
Desviación pronunciada de los ojos ante estímulos en el lado no desatendido	1	0
Desviación pronunciada del troco ante estímulos en el lado no desatendido	1	0
Deterioro cognitivo crónico	1	0
Deterioro de habilidad para caminar la distancia requerida	1	0
Deterioro de la ambulación	1	0
Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas eléctrica en superficies irregulares	1	0
Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas eléctrica en superficies regulares	1	0
Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas eléctrica para bajar una rampa	1	0
Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas eléctrica para subir una rampa	1	0
Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas eléctrica para tomar curvas	1	0
Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas manual en superficies irregulares	1	0
Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas manual en superficies regulares	1	0
Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas manual para bajar una rampa	1	0
Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas manual para subir una rampa	1	0
Deterioro de la capacidad para maniobrar una silla de ruedas manual para tomar curvas	1	0
Deterioro de la concentración	1	0
Deterioro de la deglución	1	0
Deterioro de la gasometría arterial respecto a la basal	1	0
Deterioro de la habilidad para abrir recipientes	1	0
Deterioro de la habilidad para abrocharse la ropa	1	0
Deterioro de la habilidad para acceder al agua	1	0
Deterioro de la habilidad para acceder al baño	1	0
Deterioro de la habilidad para alcanzar la ropa	1	0
Deterioro de la habilidad para bajar rampas	1	0
Deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama	1	0
Deterioro de la habilidad para cambiar de posición sobre uno u otro costado	1	0
Deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies	1	0

irregulares		
Deterioro de la habilidad para coger la taza	1	0
Deterioro de la habilidad para coger los alimentos con los utensilios	1	0
Deterioro de la habilidad para comer por sí solo de manera aceptable	1	0
Deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación	1	0
Deterioro de la habilidad para cooperar	1	0
Deterioro de la habilidad para deglutir los alimentos	1	0
Deterioro de la habilidad para deglutir suficiente cantidad de alimentos	1	0
Deterioro de la habilidad para enjuagar el inodoro	1	0
Deterioro de la habilidad para entrar o salir de la bañera	1	0
Deterioro de la habilidad para entrar o salir de la ducha	1	0
Deterioro de la habilidad para escoger la ropa	1	0
Deterioro de la habilidad para estructurar una vida con sentido	1	0
Deterioro de la habilidad para extender una o ambas caderas	1	0
Deterioro de la habilidad para extender una o ambas rodillas	1	0
Deterioro de la habilidad para flexionar o mover ambas caderas	1	0
Deterioro de la habilidad para flexionar o mover ambas rodillas	1	0
Deterioro de la habilidad para flexionar una o ambas caderas	1	0
Deterioro de la habilidad para flexionar una o ambas rodillas	1	0
Deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo	1	0
Deterioro de la habilidad para levantarse de la cama	1	0
Deterioro de la habilidad para levantarse de la silla	1	0
Deterioro de la habilidad para levantarse del inodoro	1	0
Deterioro de la habilidad para levantarse del suelo	1	0
Deterioro de la habilidad para llegar hasta el inodoro	1	0
Deterioro de la habilidad para llevarse la comida a la boca	1	0
Deterioro de la habilidad para localizar puntos de referencia en un entorno familiar	1	0
Deterioro de la habilidad para manejar los utensilios	1	0
Deterioro de la habilidad para manipular la ropa para la evacuación	1	0
Deterioro de la habilidad para mantener el aspecto	1	0
Deterioro de la habilidad para mantener la actividad física habitual	1	0
Deterioro de la habilidad para mantener las rutinas habituales	1	0
Deterioro de la habilidad para masticar la comida	1	0
Deterioro de la habilidad para mover los alimentos en la boca	1	0
Deterioro de la habilidad para obtener la ropa	1	0
Deterioro de la habilidad para obtener los artículos de baño	1	0
Deterioro de la habilidad para pasar de la posición de sentada a supina	1	0
Deterioro de la habilidad para pasar de la posición de sentada con las piernas estiradas a supina	1	0
Deterioro de la habilidad para pasar de la posición prona a supina	1	0
Deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa	1	0

Deterioro de la habilidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo	1	0
Deterioro de la habilidad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo	1	0
Deterioro de la habilidad para preparar la comida	1	0
Deterioro de la habilidad para quitarse diferentes piezas de ropa	1	0
Deterioro de la habilidad para regular el agua del baño	1	0
Deterioro de la habilidad para responder a las instrucciones	1	0
Deterioro de la habilidad para secar el cuerpo	1	0
Deterioro de la habilidad para sentarse en el inodoro	1	0
Deterioro de la habilidad para sentarse o levantarse del inodoro	1	0
Deterioro de la habilidad para sentarse o levantarse del orinal	1	0
Deterioro de la habilidad para subir escaleras	1	0
Deterioro de la habilidad para subir rampas	1	0
Deterioro de la habilidad para tomar curvas	1	0
Deterioro de la habilidad para tomar por sí solo una comida completa	1	0
Deterioro de la habilidad para trasladarse entre el coche y la silla	1	0
Deterioro de la habilidad para trasladarse entre la cama y la silla	1	0
Deterioro de la habilidad para trasladarse entre la silla y el suelo	1	0
Deterioro de la habilidad para trasladarse entre superficies irregulares	1	0
Deterioro de la habilidad para usar cremalleras	1	0
Deterioro de la individualización	1	0
Deterioro de la memoria	1	0
Deterioro de la movilidad	1	0
Deterioro de la percepción	1	0
Deterioro de la regulación del estado de ánimo	1	0
Deterioro de la respuesta a los estímulos sensoriales	1	0
Deterioro de la toma de decisiones	1	0
Deterioro de las relaciones familiares	1	0
Deterioro del estado de salud	1	0
Deterioro del funcionamiento	1	0
Deterioro del tono motor	1	0
Deterioro en la realización de pruebas de tachado de líneas, división de líneas y tachado de blancos	1	0
Deterioro en la toma de decisiones	1	0
Deterioro neurosensorial	1	0
Diabetes mellitus	1	0
Diaforesis (por encima de la lesión)	1	0
Diaforesis profusa	1	0
Dientes desgastados	1	0
Dificultad con la actividad sexual	1	0
Dificultad con la conducta sexual	1	0
Dificultad de adherencia a las creencias religiosas prescritas	1	0
Dificultad de adherencia a los rituales religiosos prescritos	1	0
Dificultad en el establecimiento de relaciones	1	0
Dificultad en el funcionamiento diario	1	0

Dificultad en el mantenimiento de relaciones	1	0
Dificultad en la deglución	1	0
Dificultad en las transiciones del ciclo vital	1	0
Dificultad para comer	1	0
Dificultad para completar las tareas requeridas	1	0
Dificultad para comprender la comunicación	1	0
Dificultad para defecar	1	0
Dificultad para divertirse	1	0
Dificultad para establecer relaciones íntimas	1	0
Dificultad para expresar pensamientos verbalmente	1	0
Dificultad para formar frases	1	0
Dificultad para formar palabras	1	0
Dificultad para girarse	1	0
Dificultad para iniciar el chorro de orina	1	0
Dificultad para mantener el sueño	1	0
Dificultad para mantener la comunicación	1	0
Dificultad para mantener un entorno confortable	1	0
Dificultad para organizar la información	1	0
Dificultad para prestar atención selectiva	1	0
Dificultad para realizar las tareas requeridas	1	0
Dificultad para usar expresiones corporales	1	0
Dificultad para vigilar al receptor de los cuidados	1	0
Disconfort en situaciones sociales	1	0
Disconfort por esfuerzo	1	0
Discriminación	1	0
Disforia	1	0
Disfunción de la intimidad	1	0
Disfunción sexual	1	0
Disminución de la amplitud de movimientos	1	0
Disminución de la ansiedad por separación	1	0
Disminución de la atención a la enfermedad	1	0
Disminución de la calidad de vida	1	0
Disminución de la capacidad de aprendizaje	1	0
Disminución de la capacidad de resolución de problemas	1	0
Disminución de la capacidad funcional	1	0
Disminución de la capacidad vital	1	0
Disminución de la cooperación	1	0
Disminución de la diuresis	1	0
Disminución de la entrada de aire durante la auscultación	1	0
Disminución de la expresión de patrones previos de creatividad	1	0
Disminución de la fracción de eyección	1	0
Disminución de la frecuencia cardíaca	1	0
Disminución de la habilidad de aprendizaje	1	0
Disminución de la habilidad de los miembros de la familia para relacionarse entre ellos para conseguir objetivos de crecimiento y maduración conjuntos	1	0
Disminución de la habilidad para manejar al niño	1	0
Disminución de la habilidad para resolver problemas	1	0

Disminución de la hemoglobina	1	0
Disminución de la iniciativa	1	0
Disminución de la presión de enclavamiento de la arteria pulmonar (PEAP)	1	0
Disminución de la presión del pulso	1	0
Disminución de la presión espiratoria	1	0
Disminución de la presión inspiratoria	1	0
Disminución de la presión parcial de oxígeno (PO <sub>2</sub> )	1	0
Disminución de la presión sanguínea en las extremidades	1	0
Disminución de la presión venosa central (PVC)	1	0
Disminución de la proactividad durante el parto y alumbramiento	1	0
Disminución de la resistencia vascular pulmonar (RVP)	1	0
Disminución de la resistencia vascular sistémica (RVS)	1	0
Disminución de la respuesta a estímulos	1	0
Disminución de la saturación de oxígeno arterial (SaO <sub>2</sub> )	1	0
Disminución de la seguridad en sí mismo	1	0
Disminución de la serenidad	1	0
Disminución de la turgencia de la lengua	1	0
Disminución de la ventilación	1	0
Disminución de la ventilación por minuto	1	0
Disminución de la verbalización	1	0
Disminución de las distancias conseguidas sin dolor en la prueba de caminar durante 6 minutos	1	0
Disminución de las emociones	1	0
Disminución de las habilidades motoras finas	1	0
Disminución de las habilidades motoras gruesas	1	0
Disminución de los sonidos respiratorios	1	0
Disminución del apoyo mutuo	1	0
Disminución del campo perceptivo	1	0
Disminución del contacto físico	1	0
Disminución del deseo sexual	1	0
Disminución del gasto cardíaco	1	0
Disminución del hematocrito	1	0
Disminución del índice cardíaco	1	0
Disminución del índice de trabajo sistólico ventricular izquierdo (ITSVI)	1	0
Disminución del índice de volumen sistólico (IVS)	1	0
Disminución del interés en las actividades académicas	1	0
Disminución del interés en las actividades vocacionales	1	0
Disminución del llenado venoso	1	0
Disminución del nivel de conciencia	1	0
Disminución del nivel de glucosa en sangre	1	0
Disminución del sentido del gusto	1	0
Disminución del volumen de las heces	1	0
Disminución del volumen del pulso	1	0
Disminución del volumen tidal	1	0
Disminución en el desempeño de los roles vitales	1	0
Disminución en el nivel de dióxido de carbono	1	0

Disminución en la disponibilidad de apoyo emocional	1	0
Disminución en la frecuencia de las deposiciones	1	0
Disminución en las demostraciones afectivas	1	0
Disposición para los cuidados del niño inapropiada	1	0
Distensión abdominal	1	0
Distorsión de la realidad	1	0
Distorsión de la realidad sobre el problema de salud del paciente	1	0
Distrés psicológico	1	0
Distrés respiratorio	1	0
Distrés traumático	1	0
Disuria inicial	1	0
Dolor dental	1	0
Dolor en las extremidades	1	0
Dolor epigástrico	1	0
Dolor oral	1	0
Dolor torácico	1	0
Drenaje oro-nasal purulento	1	0
Dudas sobre la ejecución del rol	1	0
Duelo	1	0
Duelo complicado	1	0
Duración prolongada de la formación del bolo	1	0
Duración prolongada de las comidas con consumo de alimentos insuficiente	1	0
Económicamente desfavorecidos	1	0
Eczema	1	0
Edema generalizado	1	0
Edema oral	1	0
Edema periorbital	1	0
Efectos dermatológicos de la exposición a pesticidas	1	0
Efectos dermatológicos de la exposición a productos de desecho	1	0
Efectos dermatológicos de la exposición biológica	1	0
Efectos dermatológicos de la exposición química	1	0
Efectos gastrointestinales de la exposición a pesticidas	1	0
Efectos gastrointestinales de la exposición a productos de desecho	1	0
Efectos gastrointestinales de la exposición biológica	1	0
Efectos gastrointestinales de la exposición química	1	0
Efectos genéticos de la exposición a la radiación	1	0
Efectos hepáticos de la exposición a productos de desecho	1	0
Efectos inmunológicos de la exposición a la radiación	1	0
Efectos inmunológicos de la exposición química	1	0
Efectos neurológicos de la exposición a la polución	1	0
Efectos neurológicos de la exposición a la radiación	1	0
Efectos neurológicos de la exposición a pesticidas	1	0
Efectos neurológicos de la exposición biológica	1	0
Efectos neurológicos de la exposición química	1	0
Efectos oncológicos de la exposición a la radiación	1	0
Efectos pulmonares de la exposición a la polución	1	0
Efectos pulmonares de la exposición a pesticidas	1	0

Efectos pulmonares de la exposición a productos de desecho	1	0
Efectos pulmonares de la exposición biológica	1	0
Efectos pulmonares de la exposición química	1	0
Efectos renales de la exposición a pesticidas	1	0
Efectos renales de la exposición biológica	1	0
Efectos renales de la exposición química	1	0
El color no retorna a los miembros inferiores después de un minuto de elevación de las piernas	1	0
El entorno actual no permite dedicarse a la actividad	1	0
El lactante no mantiene la succión	1	0
El paciente expresa una queja por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud	1	0
El tiempo requerido para alcanzar el inodoro tras la sensación de urgencia es demasiado largo	1	0
Elevación de la laringe inadecuada	1	0
Elevación renovada del distrés	1	0
Eliminación constante de heces blandas	1	0
Emocionalmente controlados por los demás	1	0
Emociones inapropiadas	1	0
Emociones reprimidas	1	0
Encogerse de hombros en respuesta al interlocutor	1	0
Énfasis en las fortalezas restantes	1	0
Enfermedad	1	0
Enfermedad cardiovascular	1	0
Enfermedad cerebral orgánica	1	0
Enfermedades físicas relacionadas con el estrés	1	0
Enganche al pezón ineficaz	1	0
Enlentecimiento del movimiento	1	0
Enrojecimiento de la piel	1	0
Ensanchamiento de la curva de presión intracraneal (PIC)	1	0
Entorno antihigiénico	1	0
Entorno inseguro para un lactante	1	0
Entrada prematura del bolo	1	0
Enuresis	1	0
Equilibrio insuficiente en la autonomía de la pareja	1	0
Equilibrio insuficiente en la colaboración entre la pareja	1	0
Equipamiento de cocina insuficiente	1	0
Equipamiento para el mantenimiento del hogar insuficiente	1	0
Eritema	1	0
Erosión del esmalte	1	0
Erupción	1	0
Erupción incompleta de los dientes para la edad	1	0
Es consciente de posibles cambios ambientales	1	0
Escalofríos leves	1	0
Escape de heces con estimulación digital	1	0
Esclerótica amarilla	1	0
Escribe sólo en la mitad vertical de la página no desatendida	1	0
Esfuerzo excesivo en la defecación	1	0



Esfuerzo prolongado	1	0
Espasmo muscular	1	0
Estado de salud comprometido	1	0
Estados de hiperalerta	1	0
Estancamiento del bolo en los surcos laterales	1	0
Estilo de vida en el posparto inadecuado	1	0
Estilo de vida inadecuado para la etapa del parto	1	0
Estilo de vida prenatal inadecuado	1	0
Estimulación inapropiada	1	0
Estomatitis	1	0
Estrechamiento del foco	1	0
Estrechamiento del foco de atención	1	0
Estremecimiento	1	0
Estrés por sobrecarga	1	0
Estupor	1	0
Evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica	1	0
Evita mirar el propio cuerpo	1	0
Evita tocar el propio cuerpo	1	0
Evitación de conflictos	1	0
Evitación del duelo	1	0
Exacerbación de síntomas	1	0
Exagera la retroalimentación negativa sobre sí mismo	1	0
Exagera los logros	1	0
Exaltado	1	0
Excitación cardiovascular	1	0
Expectativa de una eliminación intestinal diaria	1	0
Expectativa de una eliminación intestinal diaria a la misma hora	1	0
Expectativas de desarrollo inapropiadas	1	0
Experimenta síntomas que había padecido el fallecido	1	0
Exposición a material radiactivo	1	0
Exposición a patógenos	1	0
Expresa confianza en las propias habilidades	1	0
Expresa deseo de aumentar el poder	1	0
Expresa deseo de conectar con otros que hayan experimentado una situación similar	1	0
Expresa deseo de escoger experiencias que optimicen el bienestar	1	0
Expresa deseo de mejorar el afrontamiento	1	0
Expresa deseo de mejorar el amor	1	0
Expresa deseo de mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones	1	0
Expresa deseo de mejorar el apoyo social	1	0
Expresa deseo de mejorar el aprendizaje	1	0
Expresa deseo de mejorar el autoconcepto	1	0
Expresa deseo de mejorar el autocuidado	1	0
Expresa deseo de mejorar el confort	1	0
Expresa deseo de mejorar el confort al verbalizar las opciones de cuidados sanitarios en presencia de otros	1	0
Expresa deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de	1	0

autocuidado		
Expresa deseo de mejorar el conocimiento para participar en el cambio	1	0
Expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre el proceso de maternidad	1	0
Expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre las estrategias de gestión del estrés	1	0
Expresa deseo de mejorar el crecimiento de los miembros de la familia	1	0
Expresa deseo de mejorar el cuidado de los pechos	1	0
Expresa deseo de mejorar el cumplimiento de las necesidades emocionales entre la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar el enriquecimiento del estilo de vida	1	0
Expresa deseo de mejorar el equilibrio de líquidos	1	0
Expresa deseo de mejorar el equilibrio entre autonomía y cohesión	1	0
Expresa deseo de mejorar el establecimiento de objetivos	1	0
Expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/vacunación	1	0
Expresa deseo de mejorar el estilo de vida apropiado para la fase del parto	1	0
Expresa deseo de mejorar el estilo de vida en el posparto	1	0
Expresa deseo de mejorar el estilo de vida prenatal	1	0
Expresa deseo de mejorar el manejo de los estresores	1	0
Expresa deseo de mejorar el mantenimiento de los límites entre los miembros de la familia	1	0
Expresa deseo de mejorar el nivel de energía de la familia para sustentar las actividades de la vida diaria	1	0
Expresa deseo de mejorar el patrón de comunicación	1	0
Expresa deseo de mejorar el perdón	1	0
Expresa deseo de mejorar el perdón de los demás	1	0
Expresa deseo de mejorar el perdón de sí mismo	1	0
Expresa deseo de mejorar el progreso hacia los objetivos	1	0
Expresa deseo de mejorar el propósito en la vida	1	0
Expresa deseo de mejorar el respeto mutuo entre la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar el respeto por los miembros de la familia	1	0
Expresa deseo de mejorar el sentido en la vida	1	0
Expresa deseo de mejorar el sentimiento de satisfacción	1	0
Expresa deseo de mejorar el sentimiento de sentido de su vida	1	0
Expresa deseo de mejorar el servicio a los demás	1	0
Expresa deseo de mejorar el sistema de apoyo	1	0
Expresa deseo de mejorar el sueño	1	0
Expresa deseo de mejorar el tiempo que pasa en el exterior	1	0
Expresa deseo de mejorar el uso de estrategias de gestión de conflictos	1	0
Expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones	1	0
Expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas	1	0

Expresa deseo de mejorar el uso de evidencias fiables para la toma de decisiones	1	0
Expresa deseo de mejorar el uso de habilidades de afrontamiento	1	0
Expresa deseo de mejorar el uso de los recursos espirituales	1	0
Expresa deseo de mejorar el uso de material religioso	1	0
Expresa deseo de mejorar el uso de recursos	1	0
Expresa deseo de mejorar el uso de sistemas de apoyo	1	0
Expresa deseo de mejorar el valor	1	0
Expresa deseo de mejorar la accesibilidad a programas de relajación para la comunidad	1	0
Expresa deseo de mejorar la accesibilidad a programas recreativos para la comunidad	1	0
Expresa deseo de mejorar la aceptación	1	0
Expresa deseo de mejorar la adaptación familiar al cambio	1	0
Expresa deseo de mejorar la alegría	1	0
Expresa deseo de mejorar la asunción de responsabilidad por las propias acciones	1	0
Expresa deseo de mejorar la autoestima	1	0
Expresa deseo de mejorar la autonomía entre la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar la capacidad de comprender todas las opciones disponibles de cuidados sanitarios	1	0
Expresa deseo de mejorar la capacidad de escoger opciones de cuidados sanitarios que mejor se adapten a su estilo de vida habitual	1	0
Expresa deseo de mejorar la capacidad de poner en marcha las opciones de cuidados sanitarios escogidas	1	0
Expresa deseo de mejorar la capacidad de verbalizar la opinión propia sin limitaciones	1	0
Expresa deseo de mejorar la colaboración entre la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar la comprensión de las elecciones para la toma de decisiones	1	0
Expresa deseo de mejorar la comprensión de los déficits de funcionamiento del miembro de la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar la comprensión del significado de las opciones	1	0
Expresa deseo de mejorar la comunicación	1	0
Expresa deseo de mejorar la comunicación entre la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar la comunicación entre los miembros de la comunidad	1	0
Expresa deseo de mejorar la comunicación entre los subgrupos y la comunidad total	1	0
Expresa deseo de mejorar la conducta de vinculación	1	0
Expresa deseo de mejorar la conexión con los demás	1	0
Expresa deseo de mejorar la conexión con un líder religioso	1	0
Expresa deseo de mejorar la confianza en la toma de decisiones	1	0
Expresa deseo de mejorar la confianza en las posibilidades	1	0
Expresa deseo de mejorar la confianza para discutir las opciones de cuidados sanitarios abiertamente	1	0
Expresa deseo de mejorar la congruencia de la decisión con el	1	0

objetivo		
Expresa deseo de mejorar la congruencia de la decisión con el objetivo sociocultural	1	0
Expresa deseo de mejorar la congruencia de la decisión con los valores	1	0
Expresa deseo de mejorar la congruencia de la decisión con los valores socioculturales	1	0
Expresa deseo de mejorar la congruencia entre las expectativas y el objetivo	1	0
Expresa deseo de mejorar la consciencia sobre posibles cambios	1	0
Expresa deseo de mejorar la dinámica familiar	1	0
Expresa deseo de mejorar la ejecución del rol	1	0
Expresa deseo de mejorar la eliminación urinaria	1	0
Expresa deseo de mejorar la energía creativa	1	0
Expresa deseo de mejorar la entrega	1	0
Expresa deseo de mejorar la espiritualidad	1	0
Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad	1	0
Expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo	1	0
Expresa deseo de mejorar la gestión de los síntomas	1	0
Expresa deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico prescrito	1	0
Expresa deseo de mejorar la habilidad para fijar objetivos alcanzables	1	0
Expresa deseo de mejorar la identificación de las elecciones que se pueden realizar para el cambio	1	0
Expresa deseo de mejorar la implicación en el cambio	1	0
Expresa deseo de mejorar la implicación en las actividades	1	0
Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de bienestar	1	0
Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de desarrollo personal	1	0
Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de salud	1	0
Expresa deseo de mejorar la independencia en las acciones para el cambio	1	0
Expresa deseo de mejorar la independencia en su vida	1	0
Expresa deseo de mejorar la interacción con los líderes espirituales	1	0
Expresa deseo de mejorar la interacción con personas significativas	1	0
Expresa deseo de mejorar la interdependencia con la comunidad	1	0
Expresa deseo de mejorar la intimidad para discutir las opciones de cuidados sanitarios	1	0
Expresa deseo de mejorar la lectura espiritual	1	0
Expresa deseo de mejorar la nutrición	1	0
Expresa deseo de mejorar la participación en actividades religiosas	1	0
Expresa deseo de mejorar la participación en experiencias religiosas	1	0
Expresa deseo de mejorar la participación en las elecciones de la	1	0

vida diaria		
Expresa deseo de mejorar la participación en las elecciones para la salud	1	0
Expresa deseo de mejorar la participación en prácticas religiosas	1	0
Expresa deseo de mejorar la perspectiva positiva	1	0
Expresa deseo de mejorar la planificación de estresores predecibles en la comunidad	1	0
Expresa deseo de mejorar la plegaria	1	0
Expresa deseo de mejorar la práctica de la meditación	1	0
Expresa deseo de mejorar la preparación para el recién nacido	1	0
Expresa deseo de mejorar la proactividad durante el parto y alumbramiento	1	0
Expresa deseo de mejorar la promoción de la salud	1	0
Expresa deseo de mejorar la relajación	1	0
Expresa deseo de mejorar la resiliencia	1	0
Expresa deseo de mejorar la resiliencia familiar	1	0
Expresa deseo de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos	1	0
Expresa deseo de mejorar la resolución de problemas para situaciones identificadas	1	0
Expresa deseo de mejorar la resolución de quejas	1	0
Expresa deseo de mejorar la responsabilidad de la comunidad para gestionar el estrés	1	0
Expresa deseo de mejorar la satisfacción con el cumplimiento de las necesidades físicas para cada miembro de la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar la satisfacción con el intercambio de ideas entre la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar la satisfacción con el intercambio de información entre la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar la satisfacción con la filosofía de vida	1	0
Expresa deseo de mejorar la satisfacción de la relación complementaria entre la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar la satisfacción de las necesidades emocionales para cada miembro de la pareja	1	0
Expresa deseo de mejorar la seguridad de los miembros de la familia	1	0
Expresa deseo de mejorar la seguridad del entorno	1	0
Expresa deseo de mejorar la seguridad del entorno para el bebé	1	0
Expresa deseo de mejorar la sensación de control	1	0
Expresa deseo de mejorar la serenidad	1	0
Expresa deseo de mejorar la veneración	1	0
Expresa deseo de mejorar la vida diaria para alcanzar los objetivos	1	0
Expresa deseo de mejorar las costumbres religiosas adoptadas en el pasado	1	0
Expresa deseo de mejorar las experiencias místicas	1	0
Expresa deseo de mejorar las habilidades de comunicación	1	0
Expresa deseo de mejorar las opciones religiosas	1	0
Expresa deseo de mejorar las relaciones con los demás	1	0
Expresa deseo de mejorar las técnicas de alimentación del bebé	1	0

Expresa deseo de mejorar las técnicas de cuidado del bebé	1	0
Expresa deseo de mejorar los patrones de creencias abrazados en el pasado	1	0
Expresa deseo de mejorar los recursos de la comunidad para gestionar los estresores	1	0
Expresa deseo de mejorar los recursos disponibles	1	0
Expresa deseo de mejorar los síntomas molestos durante el embarazo	1	0
Expresa deseo de reconocer el impacto de la crisis en el crecimiento	1	0
Expresa satisfacción con la identidad personal	1	0
Expresa satisfacción con la imagen corporal	1	0
Expresa satisfacción con la sensación de valía personal	1	0
Expresa satisfacción con los pensamientos sobre sí mismo	1	0
Expresa tener algo atascado	1	0
Expresión de emociones incongruentes con el factor desencadenante	1	0
Expresión facial de temor	1	0
Expresión inapropiada de la ira	1	0
Extensión de los límites corporales	1	0
Extrae un volumen del leche inferior al prescrito	1	0
Exudado blanco, como cuajada	1	0
Exudado oro-nasal purulento	1	0
Factores estresantes	1	0
Falta de atención a la urgencia de defecar	1	0
Falta de flexibilidad para satisfacer las necesidades del niño	1	0
Falta de logros para la tarea elegida	1	0
Falta de memoria	1	0
Falta de respuesta del niño a otras medidas de confort	1	0
Faltar a las citas	1	0
Fase esofágica anormal en un estudio	1	0
Fase espiratoria prolongada	1	0
Fase faríngea anormal en un estudio de deglución	1	0
Fase oral anormal en un estudio de la deglución	1	0
Fiebre de etiología desconocida	1	0
Fisura oral	1	0
Flashbacks	1	0
Flatulencia grave	1	0
Fluctuación de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal	1	0
Fobias	1	0
Focalización limitada a la fuente de temor	1	0
Fracaso	1	0
Fracaso al asear y arreglar el lado afectado	1	0
Fracaso al comer los alimentos de la parte del plato correspondiente al lado desatendido	1	0
Fracaso al emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud	1	0

Fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria	1	0
Fracaso al intentar conseguir una sensación de control óptima	1	0
Fracaso al intentar lograr resultados	1	0
Fracaso al mover el tronco en el hemiespacio desatendido	1	0
Fracaso al mover la cabeza en el hemiespacio desatendido	1	0
Fracaso al mover las extremidades en el hemiespacio desatendido	1	0
Fracaso al mover los ojos en el hemiespacio desatendido	1	0
Fracaso al vestir el lado corporal desatendido	1	0
Fracaso en detectar a las personas que se acercan por el hemiespacio desatendido	1	0
Fracaso en el cumplimiento de tareas de desarrollo	1	0
Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro	1	0
Fracasos repetidos en eventos vitales	1	0
Fracturas dentales	1	0
Fragilidad capilar	1	0
Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad	1	0
Frecuencia urinaria	1	0
Frustración con el niño	1	0
Frustración por la incapacidad para realizar actividades previas	1	0
Ganancia de peso inferior a 500 g en un mes	1	0
Ganancia insuficiente de peso del niño	1	0
Gasometría arterial anormal	1	0
Gemidos	1	0
Gestión ineficaz de los síntomas molestos durante el embarazo	1	0
Golpearse	1	0
Goteo de orina	1	0
Grandiosidad	1	0
Habilidades comunicativas ineficaces	1	0
Habilidades de cuidados inapropiadas	1	0
Habilidades insuficientes	1	0
Habilidades organizativas insuficientes	1	0
Habilidades relacionales insuficientes	1	0
Hacer preguntas personales a pesar del malestar del otro	1	0
Heces blandas, de consistencia pastosa en recto	1	0
Heces líquidas	1	0
Hematemesis	1	0
Hemianopsia	1	0
Hemiplejía izquierda a causa de accidente cerebrovascular	1	0
Hepatomegalia	1	0
Higiene del entorno insuficiente	1	0
Higiene personal insuficiente	1	0
Hiperactividad	1	0
Hiperatención prolongada al paciente	1	0
Hipercapnia	1	0
Hiperextensión de la cabeza	1	0
Hiperextensión de las extremidades	1	0
Hiperplasia gingival	1	0
Hipersensibilidad a la descortesía	1	0

Hipersensibilidad a las críticas	1	0
Hipertensión paroxística	1	0
Hipertermia	1	0
Hipervigilancia de las actividades	1	0
Hipoglucemia	1	0
Hipotermia grado 1, temperatura central 36-36,5 °C	1	0
Hipotermia grado 2, temperatura central 35-35,9 °C	1	0
Hipotermia grado 3, temperatura central 34-34,9 °C	1	0
Hipotermia grado 4, temperatura central < 34 °C	1	0
Hipotermia grave, temperatura central < 30 °C	1	0
Hipotermia grave, temperatura central < 32 °C	1	0
Hipotermia leve, temperatura central 32-35 °C	1	0
Hipotermia moderada, temperatura central 30-32 °C	1	0
Hipotermia, temperatura central < 35 °C	1	0
Hipoxemia	1	0
Hormigueo en las extremidades	1	0
Horror	1	0
Huida	1	0
Humillación	1	0
Hurgarse las heridas	1	0
Ictericia	1	0
Ideas erróneas	1	0
Identifica el objeto del temor	1	0
Impactación fecal	1	0
Impacto negativo del estrés	1	0
Implicación en el cuidado inadecuada	1	0
Impulsividad	1	0
Incapacidad del niño para coger el pecho materno correctamente	1	0
Incapacidad par tratar de forma constructiva con experiencias traumáticas	1	0
Incapacidad para aceptar ayuda	1	0
Incapacidad para aceptar un amplio rango de sentimientos	1	0
Incapacidad para adaptarse al cambio	1	0
Incapacidad para ahorrar o controlar la economía	1	0
Incapacidad para aprender nueva información	1	0
Incapacidad para aprender nuevas habilidades	1	0
Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo prácticas básicas de salud	1	0
Incapacidad para atender a la información	1	0
Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración	1	0
Incapacidad para defecar	1	0
Incapacidad para describir de qué manera la opción se adaptará al estilo de vida habitual	1	0
Incapacidad para distinguir entre estímulos internos y externos	1	0
Incapacidad para escoger una opción de cuidados sanitarios que se adapte mejor al estilo de vida habitual	1	0
Incapacidad para experimentar la trascendencia	1	0



Incapacidad para expresar un amplio rango de sentimientos	1	0
Incapacidad para expulsar heces formadas a pesar de reconocer la repleción rectal	1	0
Incapacidad para hablar	1	0
Incapacidad para hablar el idioma del cuidador	1	0
Incapacidad para inhibir el sobresalto	1	0
Incapacidad para inhibir voluntariamente la micción	1	0
Incapacidad para iniciar conductas orientadas a objetivos	1	0
Incapacidad para iniciar una conducta intencionada	1	0
Incapacidad para iniciar una succión eficaz	1	0
Incapacidad para iniciar voluntariamente la micción	1	0
Incapacidad para la introspección	1	0
Incapacidad para llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida de orina	1	0
Incapacidad para manejar la situación	1	0
Incapacidad para mantener una succión eficaz	1	0
Incapacidad para orar	1	0
Incapacidad para participar en actividades religiosas	1	0
Incapacidad para pedir ayuda	1	0
Incapacidad para realizar una habilidad previamente aprendida	1	0
Incapacidad para reanudar la actividad laboral	1	0
Incapacidad para recibir ayuda de manera apropiada	1	0
Incapacidad para reconocer la repleción rectal	1	0
Incapacidad para recordar acontecimientos	1	0
Incapacidad para recordar información objetiva	1	0
Incapacidad para recordar si se ha realizado una conducta	1	0
Incapacidad para relajarse	1	0
Incapacidad para retener nueva información	1	0
Incapacidad para retrasar la defecación	1	0
Incapacidad para satisfacer las expectativas de otros	1	0
Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol	1	0
Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas	1	0
Incapacidad para satisfacer las necesidades de seguridad de los miembros	1	0
Incapacidad para satisfacer las necesidades emocionales de los miembros	1	0
Incapacidad para satisfacer las necesidades espirituales de los miembros	1	0
Incapacidad para usar expresiones corporales	1	0
Incapacidad para usar expresiones faciales	1	0
Incapacidad para vaciar la cavidad oral	1	0
Incapacidad percibida para ingerir alimentos	1	0
Incertidumbre a causa de los cambios en la relación con el receptor de los cuidados	1	0
Incertidumbre sobre las posibilidades	1	0
Incidencia alta de problemas en la comunidad	1	0
Incongruencia cultural	1	0
Incontinencia fecal (en niños)	1	0

Incontinencia por rebosamiento	1	0
Incontinencia urinaria	1	0
Incontinencia urinaria a primera hora de la mañana	1	0
Incredulidad	1	0
Indecisión para probar nuevas experiencias	1	0
Índice de enfermedad elevado en la comunidad	1	0
Índice tobillo-brazo < 0,90	1	0
Indiferencia hacia las necesidades del paciente	1	0
Indigestión	1	0
Ineficacia de la acción de la lengua para formar el bolo	1	0
Inestabilidad emocional	1	0
Inestabilidad postural	1	0
Inexpresividad	1	0
Infarto de miocardio	1	0
Infección pulmonar recurrente	1	0
Infelicidad	1	0
Información errónea	1	0
Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR)	1	0
Ingestión de sustancias nocivas	1	0
Inhabilidad percibida para satisfacer las necesidades del niño	1	0
Inhalación de sustancias nocivas	1	0
Inmadurez	1	0
Inmovilidad	1	0
Inmunodeficiencia	1	0
Inquietud del niño en la hora posterior a la toma	1	0
Insatisfacción	1	0
Insatisfacción con el cumplimiento de las necesidades emocionales entre la pareja	1	0
Insatisfacción con el cumplimiento de las necesidades físicas entre la pareja	1	0
Insatisfacción con el intercambio de ideas entre la pareja	1	0
Insatisfacción con el intercambio de información entre la pareja	1	0
Insatisfacción con el rol	1	0
Insatisfacción con la relación complementaria entre la pareja	1	0
Insatisfacción con la situación	1	0
Insatisfacción con los compromisos sociales	1	0
Inseguridad en público	1	0
Inserción de objetos en orificios corporales	1	0
Insuficiente continuidad de una conducta dirigida al objetivo	1	0
Insuficiente continuidad de una conducta intencionada	1	0
Interacción disfuncional con otras personas	1	0
Interacción parento-filial deficiente	1	0
Interés insuficiente por los alimentos	1	0
Intolerancia	1	0
Intolerancia a la actividad	1	0
Intolerancia a la alimentación	1	0
Intranquilidad en la situación	1	0
Introspección	1	0

Inutilidad	1	0
Ira hacia un poder superior al yo	1	0
Irritabilidad inexplicable en las horas cercanas a las comidas	1	0
Irritabilidad neurosensorial	1	0
Irritación de la piel	1	0
Irritación gastrointestinal	1	0
La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad	1	0
La comunidad no satisface las expectativas de sus miembros	1	0
La distancia en la prueba de caminar durante 6 minutos es inferior a la media (400-700 m en adultos)	1	0
La duración de la toma del pecho parece insatisfactoria	1	0
La familia expresa cambios en la interacción	1	0
La madre expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva	1	0
La madre expresa deseo de mejorar la capacidad para proporcionar leche materna para las necesidades nutricionales del niño	1	0
La orientación favorece la relajación de la tensión en lugar de la consecución de los objetivos	1	0
La pareja no se identifica como la persona de apoyo	1	0
La persona de referencia abandona al paciente	1	0
La persona de referencia manifiesta comprensión inadecuada que interfiere en las conductas eficaces	1	0
La persona de referencia manifiesta conocimiento insuficiente que interfiere en las conductas eficaces	1	0
La persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante las necesidades del paciente	1	0
Lactancia materna no exclusiva	1	0
Lactante con insuficiente energía para mantener la succión	1	0
Lactante con insuficiente ganancia de peso (< 30 g/d)	1	0
Lagrimeo	1	0
Lanzar miradas alrededor	1	0
Largos períodos de deambulación sin destino aparente	1	0
Las conductas de asistencia de la persona de apoyo producen resultados insatisfactorios	1	0
Lengua atrófica lisa	1	0
Lengua geográfica	1	0
Lengua saburral	1	0
Lesión oral	1	0
Lesión tisular	1	0
Ligero aumento de la frecuencia respiratoria sobre la basal	1	0
Limitación de la comunicación entre la persona de referencia y el paciente	1	0
Limitación de volumen	1	0
Llanto del niño al ponerlo a mamar	1	0
Llanto del niño en la hora posterior a la toma	1	0
Llanto exagerado sin sentir tristeza	1	0
Llanto frecuente	1	0

Llanto incontrolable	1	0
Llanto involuntario	1	0
Llanto irritable	1	0
Los alimentos se caen de la boca	1	0
Los alimentos son expulsados de la boca	1	0
Los estímulos se consideran una amenaza	1	0
Los niños expresan deseo de mejorar el entorno del hogar	1	0
Los padres expresan deseo de mejorar el apoyo emocional a los niños	1	0
Los padres expresan deseo de mejorar el apoyo emocional a otras personas dependientes	1	0
Los padres expresan deseo de mejorar el reconocimiento de las conductas autorreguladoras del lactante	1	0
Los padres expresan deseo de mejorar el reconocimiento de señales	1	0
Los padres expresan deseo de mejorar el rol parental	1	0
Los padres expresan deseo de mejorar las condiciones ambientales	1	0
Luchas de poder	1	0
Macroplasia	1	0
Mal sabor de boca	1	0
Mala alineación dental	1	0
Mala memoria	1	0
Mala oclusión	1	0
Malestar	1	0
Malestar al respirar	1	0
Malestar en relación con la persona fallecida	1	0
Malestar gastrointestinal	1	0
Malestar generalizado	1	0
Malestar oral	1	0
Malhumor	1	0
Manchas blancas en la boca	1	0
Manchas fecales en la ropa	1	0
Manchas fecales en la ropa de cama	1	0
Manchas rojas en la piel (por encima de la lesión)	1	0
Manejo de la conducta inconsciente	1	0
Manifiesta calor en todo el cuerpo	1	0
Manifiesta sentirse entumecido	1	0
Manipulación	1	0
Manos en la cara	1	0
Mantener una conexión con el fallecido	1	0
Mantenimiento inadecuado de la salud del niño	1	0
Mareos	1	0
Masa rectal palpable	1	0
Masticación insuficiente	1	0
Materias extrañas que perforan la piel	1	0
Membranas mucosas amarillas	1	0
Membranas mucosas secas	1	0

Mentir	1	0
Micción antes de alcanzar el inodoro	1	0
Miccióna pequeñas cantidades de orina concentrada	1	0
Micciones de poca cantidad	1	0
Miembro de una subcultura	1	0
Minimiza el cambio experimentado en el estado de salud	1	0
Minimiza los síntomas	1	0
Mirada con los ojos muy abiertos	1	0
Mordiscos	1	0
Motivación insuficiente	1	0
Movimiento continuo de un lugar a otro	1	0
Movimientos espásticos	1	0
Movimientos extraños	1	0
Movimientos frecuentes de un lugar a otro	1	0
Murmullo cardíaco	1	0
Náuseas previas a la deglución	1	0
Negación de debilidades	1	0
Negación del rol	1	0
Negación del temor a la invalidez	1	0
Negación del temor a la muerte	1	0
Negación familiar	1	0
Negativa a hablar	1	0
Negligencia representacional	1	0
Niño < 2 años: peso en relación a la altura > percentil 95	1	0
Niño < 2 años: término no usado en niños de esta edad	1	0
Niño =< 4 años: presencia de >= 2 criterios del sistema de clasificación pediátrico Roma III para >= 1 mes	1	0
Niño >= 4 años: presencia de >= 2 criterios del sistema de clasificación pediátrico Roma III para >= 2 meses	1	0
Niño 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m <sup>2</sup> o > percentil 95 para la edad y el género	1	0
Niño 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) > percentil 85 para la edad y el género o 25 kg/m <sup>2</sup> pero < percentil 95 o 30 kg/m <sup>2</sup>	1	0
Nistagmo pasajero	1	0
Nivel de conciencia normal	1	0
Niveles bajos de intimidad	1	0
No acepta el impacto de la enfermedad sobre la vida	1	0
No aceptación de la muerte	1	0
No adherencia a las actividades relacionadas con la salud	1	0
No habla	1	0
No hay disponible ningún programa para eliminar el (los) problema (s) de salud de un colectivo o población	1	0
No hay disponible ningún programa para mejorar el bienestar de un colectivo o población	1	0
No hay disponible ningún programa para prevenir el (los) problema (s) de salud de un colectivo o población	1	0
No hay disponible ningún programa para reducir el (los) problema (s) de salud de un colectivo o población	1	0

No mantenimiento de las promesas	1	0
No percibe la relevancia de los síntomas	1	0
No percibe la relevancia del peligro	1	0
No reconoce la urgencia de defecar	1	0
No sentirse descansado	1	0
No sigue completamente las instrucciones	1	0
No tiene deseos de trasladarse	1	0
Nódulos orales	1	0
Obesidad	1	0
Ocasiones especiales centradas en el uso de sustancias	1	0
Oculto una parte del cuerpo	1	0
Ocuparse en sustituciones del movimiento	1	0
Odinofagia	1	0
Olor fecal	1	0
Olvida realizar una conducta en el momento programado	1	0
Omisión del dibujo en el lado desatendido	1	0
Oportunidades insuficientes para la asunción del rol	1	0
Opresión en el pecho	1	0
Orificios gingivales con profundidad superior a 4 mm	1	0
Orina residual	1	0
Oscilación del estado	1	0
Palidez (por debajo de la lesión)	1	0
Palidez de la mucosa oral	1	0
Palidez de la piel a la elevación	1	0
Palidez de mucosas	1	0
Palidez gingival	1	0
Palidez moderada	1	0
Pápulas orales	1	0
Paranoia	1	0
Paranoia transitoria	1	0
Paro respiratorio	1	0
Participación comunitaria deficiente	1	0
Participación inadecuada en el cuidado	1	0
Participación insuficiente en el tratamiento	1	0
Patrón de comunicación contradictorio	1	0
Patrón de comunicación controlador	1	0
Patrón de comunicación paradójica	1	0
Patrón de dilación	1	0
Patrón de enfermedad causado por condiciones antihigiénicas	1	0
Patrón de falta de conducta de búsqueda de salud	1	0
Patrón de fracasos	1	0
Patrón de infecciones causado por condiciones antihigiénicas	1	0
Patrón de rechazo	1	0
Patrón previsible de micción	1	0
Pensamientos de huida	1	0
Pensamientos de venganza	1	0
Pensamientos inquietantes	1	0
Pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía	1	0

Percepción de apoyo parental insuficiente	1	0
Percepción de impotencia en la comunidad	1	0
Percepción de inadecuación del rol	1	0
Percepción de inadecuación para satisfacer las necesidades del niño	1	0
Percepción de limitación sexual	1	0
Percepción de necesidad creciente de oxígeno	1	0
Percepción de pérdida de control sobre las decisiones relativas al niño	1	0
Percepción de secreción de leche inadecuada	1	0
Percepción de sentido de la vida insuficiente	1	0
Percepción de sufrimiento	1	0
Percepción de vulnerabilidad	1	0
Percepción de vulnerabilidad en la comunidad	1	0
Percepción errónea	1	0
Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia del propio cuerpo	1	0
Percusión abdominal sorda	1	0
Pérdida	1	0
Pérdida de apetito	1	0
Pérdida de heces líquidas > 3 en 24 horas	1	0
Pérdida de la autoestima	1	0
Pérdida de la condición física	1	0
Pérdida de peso con consumo adecuado de nutrientes	1	0
Pérdida de peso del niño mantenida	1	0
Pérdida de peso súbita	1	0
Pérdida de piezas dentales	1	0
Pérdida involuntaria de orina con contracciones vesicales	1	0
Pérdida involuntaria de orina con espasmos vesicales	1	0
Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor	1	0
Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de sobredistensión de la vejiga	1	0
Pérdida prematura de los dientes de leche	1	0
Perfil hematológico anormal	1	0
Períodos de deambulación alternados con períodos de descanso	1	0
Permitir patrones de utilización de sustancias	1	0
Perseveración	1	0
Persistencia de irritación en los pezones tras la primera semana de lactancia	1	0
Persistentes recuerdos dolorosos	1	0
Personalización de la pérdida mediante un nombre	1	0
Personalización de una parte del cuerpo mediante un nombre	1	0
Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal	1	0
Ph arterial anormal	1	0
Piel amoratada	1	0
Piel de color amarillo-anaranjado	1	0

Piel fría y sudorosa	1	0
Piel perianal enrojecida	1	0
Piel seca	1	0
Placa oral excesiva	1	0
Placas blancas en la boca	1	0
Placas esponjosas en la boca	1	0
Planes de alumbramiento no realistas	1	0
Plenitud rectal	1	0
Postura anormal	1	0
Preferencia por actividad física de baja intensidad	1	0
Preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales	1	0
Preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida	1	0
Preocupación del paciente por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud	1	0
Preocupación excesiva sobre lo que otros opinan que es la mejor decisión	1	0
Preocupación por el cambio	1	0
Preocupación por el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas	1	0
Preocupación por el traslado	1	0
Preocupación por la familia	1	0
Preocupación por la pérdida	1	0
Preocupación por la sobrecarga del cuidador	1	0
Preocupación por la tarea a realizar	1	0
Preocupación por las rutinas del cuidado	1	0
Preocupación por los miembros de la familia	1	0
Preocupación por los propios pensamientos	1	0
Preocupación sobre el cambio en el rol parental	1	0
Preparación inadecuada de los objetos para el cuidado del recién nacido	1	0
Preparación inadecuada del entorno domiciliario	1	0
Presencia de masas	1	0
Presencia de ruido cardíaco S4	1	0
Presentaciones atípicas en ancianos	1	0
Presión arterial anormal en respuesta a la actividad	1	0
Presión intracraneal (PIC) $\geq 10$ mmHg	1	0
Presión perineal	1	0
Presión rectal	1	0
Problema de salud padecido por colectivos o poblaciones	1	0
Problemas familiares crónicos	1	0
Procedimiento quirúrgico	1	0
Productividad laboral baja	1	0
Prolongación del tiempo de llenado capilar	1	0
Promiscuidad sexual	1	0
Pronunciación poco clara	1	0
Proyección de la culpa	1	0
Proyección de la responsabilidad	1	0
Puños apretados	1	0



Queilitis	1	0
Quemaduras autoinfligidas	1	0
Quieto-despierto	1	0
Rabia	1	0
Racionalización	1	0
Racionalización de los fracasos	1	0
Reacción de malestar a los aditivos	1	0
Realización de las rutinas sin tener en cuenta las necesidades del paciente	1	0
Realización ineficaz de las tareas	1	0
Recesión gingival	1	0
Rechaza el cambio en el estado de salud	1	0
Rechaza la interacción con el líder espiritual	1	0
Rechaza la interacción con personas significativas	1	0
Rechaza la obtención de ayuda	1	0
Rechaza los cuidados sanitarios	1	0
Rechaza promociones profesionales	1	0
Rechazo a la retroalimentación positiva sobre sí mismo	1	0
Rechazo a reconocer el cambio	1	0
Rechazo del niño	1	0
Reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones consideradas	1	0
Recursos insuficientes	1	0
Reducción de la temperatura corporal por debajo del rango normal	1	0
Reflejo hepatoyugular positivo	1	0
Reflejo pilomotor	1	0
Reflejos enérgicos	1	0
Relaciones familiares triangulares	1	0
Relaciones ineficaces	1	0
Rendimiento académico bajo	1	0
Rendimiento inadecuado en una prueba	1	0
Repentino cambio en la práctica espiritual	1	0
Represión	1	0
Requiere ayuda para el autocuidado	1	0
Resentimiento prolongado	1	0
Residuo gástrico de color bilioso	1	0
Resistencia a participar en las actividades habituales de cuidados	1	0
Resistencia del niño a coger el pecho	1	0
Respeto familiar insuficiente por la autonomía de sus miembros	1	0
Respeto familiar insuficiente por la individualidad de sus miembros	1	0
Respeto insuficiente por el bebé no nacido	1	0
Respeto mutuo insuficiente entre la pareja	1	0
Respiración abdominal paradójica	1	0
Respiración con los labios fruncidos	1	0
Respiración descoordinada con el ventilador	1	0
Respiración jadeante	1	0

Respiración superficial	1	0
Responsabilidades familiares excesivas	1	0
Respuesta desadaptativa al estrés	1	0
Respuesta inadecuada al inicio del parto	1	0
Respuesta no verbal a cambios corporales	1	0
Respuesta no verbal a la percepción de cambios corporales	1	0
Retención urinaria	1	0
Reto situacional a la propia valía	1	0
Retraimiento	1	0
Retraso en el desarrollo cognitivo	1	0
Retraso en la búsqueda de atención sanitaria	1	0
Retraso en la curación de las heridas periféricas	1	0
Retraso en la deglución	1	0
Retraso en la producción de leche	1	0
Retraso en la puesta en marcha de la opción de cuidados sanitarios escogida	1	0
Retraso en la reincorporación al trabajo	1	0
Retraso en la satisfacción de los objetivos de desarrollo apropiados para la etapa del ciclo vital de la familia	1	0
Retraso en la toma de decisiones	1	0
Retraso psicomotor	1	0
Ridiculización de los demás	1	0
Riesgo de hospitalización experimentado por colectivos o poblaciones	1	0
Riesgo relacionado con los estados fisiológicos experimentado por colectivos o poblaciones	1	0
Riesgo relacionado con los estados psicológicos experimentado por colectivos o poblaciones	1	0
Rinorrea	1	0
Risa exagerada sin sentir alegría	1	0
Risa hostil	1	0
Risa incontrolable	1	0
Risa involuntaria	1	0
Rol parental inconsistente	1	0
Ropa de cama insuficiente	1	0
Ropa de vestir insuficiente	1	0
Rubor	1	0
Rubor facial	1	0
Ruidos abdominales	1	0
Ruidos abdominales hiperactivos	1	0
Ruidos intestinales hipoactivos	1	0
Sabor amargo	1	0
Sabor metálico en la boca	1	0
Saciedad inmediatamente después de ingerir comida	1	0
Sangrado	1	0
Sangre roja brillante en las heces	1	0
Se expresa de forma negativa sobre el niño	1	0
Se niega a mamar del pecho	1	0

Sed	1	0
Seguimiento insuficiente del tratamiento	1	0
Seguir al cuidador como una sombra	1	0
Sensación de bienestar insuficiente	1	0
Sensación de discomfort	1	0
Sensación de frío	1	0
Sensación de hambre	1	0
Sensación de necesidad de orinar	1	0
Sensación de presión	1	0
Sensación de repleción vesical	1	0
Sensación de urgencia sin inhibición voluntaria de la contracción vesical	1	0
Sensaciones asociadas a repleción vesical	1	0
Sensibilidad abdominal con resistencia muscular palpable	1	0
Sensibilidad abdominal sin resistencia muscular palpable	1	0
Sentido de control insuficiente	1	0
Sentimiento de abandono	1	0
Sentimiento de alarma	1	0
Sentimiento de insuficiencia	1	0
Sentimiento de pánico	1	0
Sentimiento de pavor	1	0
Sentimiento de shock	1	0
Sentimiento de temor	1	0
Sentimiento de terror	1	0
Sentimiento de vacío	1	0
Sentimientos de extrañeza	1	0
Sentimientos de vacío	1	0
Sentimientos fluctuantes sobre el yo	1	0
Sentimientos negativos abrumadores	1	0
Sentimientos negativos sobre el cuerpo	1	0
Sentimientos que interfieren con el bienestar	1	0
Sentirse abrumado	1	0
Sentirse aturdido	1	0
Sentirse desvinculado de los demás	1	0
Sentirse incomprendido	1	0
Sentirse limitado al describir la propia opinión	1	0
Señales extemporáneas	1	0
Separación del sistema de apoyo	1	0
Shock	1	0
Sibilancias	1	0
Signos de liberación de oxitocina insuficientes	1	0
Signos físicos de sufrimiento	1	0
Signos físicos de tensión	1	0
Síncope	1	0
Síndrome de Horner	1	0
Síntomas de malestar	1	0
Síntomas psicósomáticos	1	0
Sistemas de comunicación cerrados	1	0

Sobreexcitación	1	0
Sobreexposición de una parte del cuerpo	1	0
Soledad impuesta por otros	1	0
Somatización	1	0
Somnolencia	1	0
Soplo femoral	1	0
Succión del pecho no mantenida	1	0
Succión ineficaz	1	0
Sueños inquietantes	1	0
Sufrimiento por la separación	1	0
Sufrimiento por la separación de la comunidad de fe	1	0
Suspiros	1	0
Sustitución de letras para formar palabras alternativas al leer	1	0
Tartamudeo	1	0
Técnicas de alimentación del bebé inadecuadas	1	0
Técnicas de cuidado del bebé inadecuadas	1	0
Temblor inducido por el movimiento	1	0
Temor a la pérdida de las capacidades mentales durante la agonía	1	0
Temor a la reacción de los demás	1	0
Temor a la tarea a realizar	1	0
Temor a un proceso de agonía prolongado	1	0
Temor a una muerte prematura	1	0
Temor al desarrollo de una enfermedad terminal	1	0
Temor al dolor relacionado con la agonía	1	0
Temor al mal funcionamiento de la máquina	1	0
Temor al proceso de agonía	1	0
Temor al sufrimiento relacionado con la agonía	1	0
Temor excesivo sobre lo que los demás piensan sobre una decisión	1	0
Tendencia a culpar a los demás	1	0
Tensión en el desempeño del rol	1	0
Tensión facial	1	0
Test positivo de sangre oculta en heces	1	0
Tiempo de amamantamiento prolongado	1	0
Tiempo de relleno capilar > 3 segundos	1	0
Tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales	1	0
Tiempo requerido para la curación excesivo	1	0
Tipo 1 o 2 en el gráfico de heces de Bristol	1	0
Tomarse demasiadas confianzas con extraños	1	0
Tono muscular insuficiente	1	0
Tos ineficaz	1	0
Tos nocturna	1	0
Tos previa a la deglución	1	0
Transferencia de la sensación dolorosa al lado no desatendido	1	0
Trastornado	1	0
Trastorno conductual	1	0
Trastorno del patrón del sueño	1	0
Trastorno del sueño que produce consecuencias al día siguiente	1	0
Trastorno disociativo de la identidad	1	0

Trastornos visuales	1	0
Traumatismo de la parte que no funciona	1	0
Traumatismo físico	1	0
Tristeza	1	0
Tristeza profunda	1	0
Úlceras orales	1	0
Úlceras por presión	1	0
Urticaria de contacto que progresa hasta síntomas generalizados	1	0
Usa comentarios de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos	1	0
Usa gestos de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos	1	0
Usa tratamientos no prescritos por profesionales de la salud	1	0
Uso de los músculos accesorios para respirar	1	0
Uso discreto de los músculos accesorios de la respiración	1	0
Uso intenso de los músculos accesorios de la respiración	1	0
Vacía completamente la vejiga	1	0
Vaciado incompleto con lesión por encima del centro pontino de la micción	1	0
Vaciado insuficiente de cada mama en cada toma	1	0
Vacilación sobre las posibilidades	1	0
Valentía insuficiente	1	0
Valores incongruentes con las normas culturales	1	0
Variación en la prueba de respuesta volumen/presión (relación volumen/presión, 2; índice volumen presión < 10)	1	0
Vasoconstricción periférica	1	0
Vasoconstricción superficial	1	0
Vasodilatación	1	0
Verbalización inapropiada	1	0
Verbalización limitada sobre la opción de cuidados sanitarios en presencia de otros	1	0
Verbalizaciones de negación de sí mismo	1	0
Vergüenza respecto a la expresión emocional	1	0
Vesículas orales	1	0
Violencia doméstica	1	0
Visión borrosa	1	0
Volumen residual alto después de la micción	1	0
Volverse hacia el lado contrario del interlocutor	1	0
Vómito en la almohada	1	0
Voz gorjeante	1	0
Voz temblorosa	1	0
Vulnerabilidad	1	0
Xerostomía	1	0
<b>Total</b>	<b>2149</b>	<b>100</b>

### Anexo 8. Distribución de Factores relacionados y Factores de riesgo de NANDA International según Etiquetas diagnósticas

Etiquetas diagnósticas	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de deterioro parental	64	2,1
Deterioro parental	60	1,97
Riesgo de traumatismo	59	1,93
Cansancio del rol de cuidador	54	1,77
Riesgo de disreflexia autónoma	49	1,61
Estreñimiento funcional crónico	47	1,54
Riesgo de suicidio	47	1,54
Automutilación	44	1,44
Riesgo de automutilación	43	1,41
Riesgo de caídas	42	1,38
Riesgo de úlcera por presión	42	1,38
Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	40	1,31
Riesgo de retraso en el desarrollo	38	1,25
Riesgo de cansancio del rol de cuidador	36	1,18
Dolor crónico	35	1,15
Riesgo de estreñimiento	35	1,15
Riesgo de hipotermia	35	1,15
Riesgo de sobrepeso	35	1,15
Estreñimiento	34	1,11
Contaminación	32	1,05
Riesgo de contaminación	32	1,05
Deterioro de la mucosa oral	31	1,02
Deterioro de la deglución	28	0,92
Deterioro de la movilidad física	28	0,92
Incumplimiento	28	0,92
Riesgo de perfusión renal ineficaz	28	0,92
Obesidad	27	0,88
Sobrepeso	27	0,88
Hipotermia	26	0,85
Riesgo de crecimiento desproporcionado	26	0,85
Desempeño ineficaz del rol	25	0,82
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	25	0,82
Riesgo de deterioro de la mucosa oral	24	0,79
Náuseas	23	0,75
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	23	0,75
Conducta desorganizada del lactante	21	0,69
Deprivación del sueño	21	0,69
Lactancia materna ineficaz	21	0,69
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	21	0,69
Riesgo de lesión	21	0,69
Incontinencia fecal	20	0,66
Riesgo de asfixia	20	0,66
Riesgo de aspiración	20	0,66
Riesgo de violencia dirigida a otros	20	0,66

Sufrimiento espiritual	20	0,66
Deterioro de la integridad cutánea	19	0,62
Deterioro de la integridad tisular	19	0,62
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete	19	0,62
Retraso en la recuperación quirúrgica	19	0,62
Riesgo de deterioro de la integridad tisular	19	0,62
Riesgo de infección	19	0,62
Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica	19	0,62
Riesgo de sufrimiento espiritual	19	0,62
Riesgo de violencia autodirigida	19	0,62
Deterioro de la religiosidad	18	0,59
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	18	0,59
Deterioro de la comunicación verbal	17	0,56
Riesgo de confusión aguda	17	0,56
Síndrome postraumático	17	0,56
Control emocional inestable	16	0,52
Riesgo de baja autoestima situacional	16	0,52
Riesgo de estreñimiento funcional crónico	16	0,52
Riesgo de nivel de glucemia inestable	16	0,52
Riesgo de trastorno de la identidad personal	16	0,52
Trastorno de la identidad personal	16	0,52
Ansiedad	15	0,49
Ansiedad ante la muerte	15	0,49
Deterioro de la bipedestación	15	0,49
Deterioro de la dentición	15	0,49
Deterioro de la regulación del estado de ánimo	15	0,49
Deterioro de la resiliencia	15	0,49
Gestión ineficaz de la salud	15	0,49
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	15	0,49
Patrón respiratorio ineficaz	15	0,49
Proceso de maternidad ineficaz	15	0,49
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	15	0,49
Riesgo de proceso de maternidad ineficaz	15	0,49
Riesgo de síndrome de muerte súbita el lactante	15	0,49
Afrontamiento familiar comprometido	14	0,46
Descuido personal	14	0,46
Deterioro de la ambulación	14	0,46
Diarrea	14	0,46
Riesgo de deterioro de la religiosidad	14	0,46
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	14	0,46
Riesgo de lesión del tracto urinario	14	0,46
Riesgo de lesión térmica	14	0,46
Afrontamiento ineficaz	13	0,43
Deterioro de la sedestación	13	0,43
Insomnio	13	0,43
Riesgo de impotencia	13	0,43
Riesgo de sequedad ocular	13	0,43
Baja autoestima crónica	12	0,39

Conflicto de decisiones	12	0,39
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	12	0,39
Fatiga	12	0,39
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	12	0,39
Riesgo de sangrado	12	0,39
Trastorno de la imagen corporal	12	0,39
Déficit de autocuidado: alimentación	11	0,36
Déficit de autocuidado: baño	11	0,36
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	11	0,36
Deterioro de la habilidad para la traslación	11	0,36
Disfunción sexual	11	0,36
Hipertermia	11	0,36
Leche materna insuficiente	11	0,36
Mantenimiento ineficaz de la salud	11	0,36
Riesgo de baja autoestima crónica	11	0,36
Riesgo de compromiso de la dignidad humana	11	0,36
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	11	0,36
Riesgo de intoxicación	11	0,36
Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados	11	0,36
Síndrome de estrés del traslado	11	0,36
Afrontamiento defensivo	10	0,33
Déficit de autocuidado: vestido	10	0,33
Deterioro de la interacción social	10	0,33
Deterioro de la movilidad en la cama	10	0,33
Interrupción de los procesos familiares	10	0,33
Motilidad gastrointestinal disfuncional	10	0,33
Negación ineficaz	10	0,33
Patrón sexual ineficaz	10	0,33
Riesgo de deterioro de la vinculación	10	0,33
Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	10	0,33
Riesgo de lesión corneal	10	0,33
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	10	0,33
Riesgo de síndrome de estrés del traslado	10	0,33
Síndrome de fragilidad del anciano	10	0,33
Aflicción crónica	9	0,29
Aislamiento social	9	0,29
Baja autoestima situacional	9	0,29
Incontinencia urinaria de urgencia	9	0,29
Riesgo de hipotermia perioperatoria	9	0,29
Riesgo de síndrome postraumático	9	0,29
Salud deficiente de la comunidad	9	0,29
Sufrimiento moral	9	0,29
Vagabundeo	9	0,29
Control de impulsos ineficaz	8	0,26
Deterioro del mantenimiento del hogar	8	0,26
Interrupción de la lactancia materna	8	0,26
Procesos familiares disfuncionales	8	0,26
Protección ineficaz	8	0,26



Relación ineficaz	8	0,26
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	8	0,26
Riesgo de desequilibrio electrolítico	8	0,26
Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente	8	0,26
Riesgo de relación ineficaz	8	0,26
Riesgo de respuesta alérgica al látex	8	0,26
Riesgo de traumatismo vascular	8	0,26
Temor	8	0,26
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	8	0,26
Conflicto del rol parental	7	0,23
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	7	0,23
Desesperanza	7	0,23
Deterioro de la memoria	7	0,23
Deterioro de la toma de decisiones independiente	7	0,23
Disconfort	7	0,23
Incontinencia urinaria por rebosamiento	7	0,23
Riesgo de alteración de la diada materno fetal	7	0,23
Riesgo de conducta desorganizada del lactante	7	0,23
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	7	0,23
Riesgo de lesión postural perioperatoria	7	0,23
Riesgo de planificación ineficaz de las actividades	7	0,23
Riesgo de shock	7	0,23
Conocimientos deficientes	6	0,2
Disminución del gasto cardíaco	6	0,2
Incontinencia urinaria funcional	6	0,2
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	6	0,2
Perfusión tisular periférica ineficaz	6	0,2
Planificación ineficaz de las actividades	6	0,2
Riesgo de disminución del gasto cardíaco	6	0,2
Riesgo de ictericia neonatal	6	0,2
Riesgo de respuesta alérgica	6	0,2
Afrontamiento familiar incapacitante	5	0,16
Afrontamiento ineficaz de la comunidad	5	0,16
Confusión aguda	5	0,16
Confusión crónica	5	0,16
Disreflexia autónoma	5	0,16
Estilo de vida sedentario	5	0,16
Gestión ineficaz de la salud familiar	5	0,16
Ictericia neonatal	5	0,16
Riesgo de intolerancia a la actividad	5	0,16
Riesgo de síndrome de desuso	5	0,16
Trastorno del patrón del sueño	5	0,16
Déficit de actividades recreativas	4	0,13
Deterioro de la eliminación urinaria	4	0,13
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	4	0,13
Duelo	4	0,13
Incontinencia urinaria de esfuerzo	4	0,13
Intolerancia a la actividad	4	0,13

Retención urinaria	4	0,13
Riesgo de deterioro de la función hepática	4	0,13
Riesgo de soledad	4	0,13
Termorregulación ineficaz	4	0,13
Dolor agudo	3	0,1
Duelo complicado	3	0,1
Estreñimiento subjetivo	3	0,1
Estrés por sobrecarga	3	0,1
Exceso de volumen de líquidos	3	0,1
Impotencia	3	0,1
Incontinencia urinaria refleja	3	0,1
Riesgo de deterioro de la resiliencia	3	0,1
Riesgo de duelo complicado	3	0,1
Déficit de volumen de líquidos	2	0,07
Deterioro de la ventilación espontánea	2	0,07
Deterioro del intercambio de gases	2	0,07
Dolor de parto	2	0,07
Desatención unilateral	1	0,03
Respuesta alérgica al látex	1	0,03
Síndrome del trauma posviolación	1	0,03

### Anexo 9. Distribución de Características definitorias de NANDA International según Etiquetas diagnósticas

Etiquetas diagnósticas	Frecuencia	Porcentaje
Procesos familiares disfuncionales	115	5,4
Ansiedad	70	3,3
Deterioro de la deglución	51	2,4
Deterioro de la mucosa oral	40	1,9
Cansancio del rol de cuidador	36	1,7
Disminución del gasto cardíaco	36	1,7
Síndrome del trauma posviolación	36	1,7
Síndrome postraumático	35	1,6
Respuesta ventilatoria disfuncional al destete	34	1,6
Deterioro parental	33	1,5
Sufrimiento espiritual	33	1,5
Temor	33	1,5
Hipotermia	32	1,5
Trastorno de la imagen corporal	32	1,5
Desempeño ineficaz del rol	31	1,4
Estreñimiento	30	1,4
Contaminación	27	1,3
Duelo complicado	27	1,3
Exceso de volumen de líquidos	27	1,3
Respuesta alérgica al látex	27	1,3
Conducta desorganizada del lactante	26	1,2
Deterioro de la comunicación verbal	26	1,2
Disposición para mejorar el bienestar espiritual	24	1,1
Desatención unilateral	23	1,1
Aislamiento social	22	1
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	22	1
Dolor de parto	22	1
Síndrome de estrés del traslado	22	1
Afrontamiento familiar incapacitante	21	1
Afrontamiento ineficaz	20	0,9
Deprivación del sueño	20	0,9
Proceso de maternidad ineficaz	20	0,9
Deterioro del intercambio de gases	18	0,8
Duelo	18	0,8
Interrupción de los procesos familiares	18	0,8
Vagabundeo	18	0,8
Afrontamiento defensivo	17	0,8
Déficit de volumen de líquidos	17	0,8
Deterioro de la dentición	17	0,8
Disconfort	17	0,8
Dolor agudo	17	0,8
Perfusión tisular periférica ineficaz	17	0,8
Protección ineficaz	17	0,8
Disposición para mejorar la resiliencia	16	0,7

Disreflexia autónoma	16	0,7
Fatiga	16	0,7
Patrón respiratorio ineficaz	16	0,7
Deterioro de la regulación del estado de ánimo	15	0,7
Insomnio	15	0,7
Lactancia materna ineficaz	15	0,7
Termorregulación ineficaz	15	0,7
Baja autoestima crónica	14	0,7
Deterioro de la movilidad física	14	0,7
Hipertermia	14	0,7
Motilidad gastrointestinal disfuncional	14	0,7
Negación ineficaz	14	0,7
Trastorno de la identidad personal	14	0,7
Conflicto de decisiones	13	0,6
Control emocional inestable	13	0,6
Déficit de autocuidado: alimentación	13	0,6
Disposición para mejorar el proceso de maternidad	13	0,6
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	13	0,6
Relación ineficaz	13	0,6
Síndrome de fragilidad del anciano	13	0,6
Ansiedad ante la muerte	12	0,6
Automutilación	12	0,6
Desesperanza	12	0,6
Estreñimiento funcional crónico	12	0,6
Síndrome de dolor crónico	12	0,6
Confusión aguda	11	0,5
Control de impulsos ineficaz	11	0,5
Déficit de autocuidado: vestido	11	0,5
Deterioro de la habilidad para la traslación	11	0,5
Deterioro de la ventilación espontánea	11	0,5
Deterioro del mantenimiento del hogar	11	0,5
Disposición para mejorar la relación	11	0,5
Disposición para mejorar los procesos familiares	11	0,5
Incontinencia fecal	11	0,5
Leche materna insuficiente	11	0,5
Afrontamiento familiar comprometido	10	0,5
Conflicto del rol parental	10	0,5
Confusión crónica	10	0,5
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	10	0,5
Deterioro de la resiliencia	10	0,5
Disfunción sexual	10	0,5
Disposición para mejorar el autoconcepto	10	0,5
Deterioro de la memoria	9	0,4
Disposición para mejorar la toma de decisiones	9	0,4
Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente	9	0,4
Dolor crónico	9	0,4
Estrés por sobrecarga	9	0,4
Planificación ineficaz de las actividades	9	0,4

Retención urinaria	9	0,4
Afrontamiento ineficaz de la comunidad	8	0,4
Deterioro de la bipedestación	8	0,4
Deterioro de la toma de decisiones independiente	8	0,4
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad	8	0,4
Disposición para mejorar el poder	8	0,4
Disposición para mejorar la esperanza	8	0,4
Disposición para mejorar la religiosidad	8	0,4
Impotencia	8	0,4
Incontinencia urinaria refleja	8	0,4
Retraso en la recuperación quirúrgica	8	0,4
Salud deficiente de la comunidad	8	0,4
Baja autoestima situacional	7	0,3
Deterioro de la eliminación urinaria	7	0,3
Deterioro de la religiosidad	7	0,3
Disposición para mejorar el afrontamiento	7	0,3
Intolerancia a la actividad	7	0,3
Patrón sexual ineficaz	7	0,3
Déficit de autocuidado: baño	6	0,3
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	6	0,3
Deterioro de la ambulación	6	0,3
Deterioro de la sedestación	6	0,3
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal	6	0,3
Disposición para mejorar el autocuidado	6	0,3
Disposición para mejorar la gestión de la salud	6	0,3
Mantenimiento ineficaz de la salud	6	0,3
Náuseas	6	0,3
Trastorno del patrón del sueño	6	0,3
Deterioro de la interacción social	5	0,2
Deterioro de la movilidad en la cama	5	0,2
Diarrea	5	0,2
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	5	0,2
Estreñimiento subjetivo	5	0,2
Gestión ineficaz de la salud familiar	5	0,2
Ictericia neonatal	5	0,2
Incontinencia urinaria funcional	5	0,2
Incumplimiento	5	0,2
Conocimientos deficientes	4	0,2
Disposición para mejorar el confort	4	0,2
Disposición para mejorar el rol parental	4	0,2
Gestión ineficaz de la salud	4	0,2
Incontinencia urinaria de urgencia	4	0,2
Incontinencia urinaria por rebosamiento	4	0,2
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	4	0,2
Aflicción crónica	3	0,1
Descuido personal	3	0,1
Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante	3	0,1
Estilo de vida sedentario	3	0,1

Incontinencia urinaria de esfuerzo	3	0,1
Obesidad	3	0,1
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	3	0,1
Sobrepeso	3	0,1
Déficit de actividades recreativas	2	0,1
Deterioro de la integridad cutánea	2	0,1
Deterioro de la integridad tisular	2	0,1
Disposición para mejorar la lactancia materna	2	0,1
Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos	1	0
Disposición para mejorar el sueño	1	0
Disposición para mejorar la comunicación	1	0
Disposición para mejorar la eliminación urinaria	1	0
Disposición para mejorar la nutrición	1	0
Disposición para mejorar los conocimientos	1	0
Interrupción de la lactancia materna	1	0
Sufrimiento moral	1	0
<b>Total</b>	<b>2149</b>	<b>100</b>

### Anexo 10. Diagnósticos que motivaron la hospitalización

Diagnóstico que motiva la hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
Pródromos de parto	24	6,5
Rotura prematura de membranas	22	5,9
Sepsis	11	3,0
Insuficiencia cardiaca congestiva descompensada	10	2,7
Insuficiencia cardiaca congestiva	9	2,4
Pancreatitis	8	2,2
Infección del tracto urinario	7	1,9
Neoplasia de ovario	7	1,9
Neumonía basal	7	1,9
Infarto agudo de miocardio	6	1,6
Inducción	6	1,6
Infección respiratoria	6	1,6
Neoplasia maligna de endometrio	6	1,6
Trabajo de parto	6	1,6
Accidente cerebro vascular	5	1,4
Hiponatremia	5	1,4
Ictus isquémico	5	1,4
Pielonefritis	5	1,4
Neumonía	5	1,4
Cesárea	4	1,1
Enfermedad renal crónica, no especificada	4	1,1
Fractura de cadera	4	1,1
Fractura de fémur	4	1,1
Prolapso uterovaginal incompleto	4	1,1
Tromboembolismo pulmonar	4	1,1
Aborto	3	0,8
Amenaza parto prematuro	3	0,8
Crisis de sibilancia recurrente	3	0,8
EPOC	3	0,8
Finalizar gestación	3	0,8
Fractura de humero	3	0,8
Leiomioma de útero, no especificado	3	0,8
Reconstrucción mamaria	3	0,8
Sincope	3	0,8
Suboclusión intestinal	3	0,8
Bronquiolitis VRS -	2	0,5
Cáncer de próstata	2	0,5
Celulitis	2	0,5
Código ictus	2	0,5
Crisis asmática	2	0,5
Crisis de sibilantes moderada	2	0,5
Deterioro generalizado	2	0,5
Fibrilación auricular	2	0,5
Fractura de radio	2	0,5
Gastroenteritis aguda	2	0,5

Insuficiencia renal aguda	2	0,5
Insuficiencia renal crónica	2	0,5
Neoplasia maligna de mama	2	0,5
Neutropenia febril	2	0,5
Parto	2	0,5
Prolapso genital femenino, no especificado	2	0,5
Rotura prematura membrana pretérmino	2	0,5
Síndrome de depravación alcohólica	2	0,5
Sobreinfección respiratoria hipoxémica	2	0,5
Trombosis venosa	2	0,5
Edema agudo de pulmón	2	0,5
Cetoacidosis diabética	2	0,5
Edema agudo de pulmón	2	0,5
Absceso en rodilla	1	0,3
Amigdalitis crónica	1	0,3
Anasarca	1	0,3
Angiodisplasia	1	0,3
Artritis reumatoide	1	0,3
Artrosis primaria unilateral, cadera derecha	1	0,3
Ascitis recidivante a estudio	1	0,3
Bronconeumonía	1	0,3
Bronquiolitis VRS +	1	0,3
Cáncer abdominal estadio iv	1	0,3
Cáncer de estomago	1	0,3
Cáncer de ovario	1	0,3
Cáncer de mama	1	0,3
Cáncer de pulmón	1	0,3
Cálculo del riñón	1	0,3
Cifoscoliosis y escoliosis	1	0,3
Colangiocarcinoma	1	0,3
Colangitis	1	0,3
Colecistitis aguda litiásica	1	0,3
Colesteatoma oído derecho	1	0,3
Compresión de vena	1	0,3
Crisis de asma grave	1	0,3
Crisis tiroidea	1	0,3
Cuadro suboclusivo	1	0,3
Derrame pleural	1	0,3
Disnea	1	0,3
Dolor por (debido a) prótesis	1	0,3
Emergencia hipertensiva	1	0,3
Emesis en paciente oncológico	1	0,3
Encefalopatía hepática	1	0,3
Endocarditis valvular aórtica	1	0,3
Endometriosis del útero	1	0,3
Enfermedad de parkinson avanzada	1	0,3
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	1	0,3
Enfermedad vascular periférica, no especificada	1	0,3



Espalda fallida	1	0,3
Estenosis canal lumbar	1	0,3
Fecaloma rectal	1	0,3
Fístula rectovaginal	1	0,3
Flemón dental	1	0,3
Fractura de calcáneo	1	0,3
Fractura de peroné	1	0,3
Fractura de tobillo	1	0,3
Fractura subcapital miembros inferiores	1	0,3
Fracturas costales múltiples	1	0,3
Gestación ectópica	1	0,3
Glioblastoma multiforme grado IV	1	0,3
Hemiparesia extremidad superior derecha	1	0,3
Hemorragia digestiva alta	1	0,3
Hemorragia digestiva baja	1	0,3
Hepatitis a estudio	1	0,3
Hernia inguinal	1	0,3
Hernia ventral	1	0,3
Hipernatremia por deshidratación	1	0,3
Hipertrofia de las amígdalas	1	0,3
Hipertrofia de próstata	1	0,3
Íleo paralítico	1	0,3
Ileostomía	1	0,3
Infección herida quirúrgica	1	0,3
Insuficiencia renal prerrenal	1	0,3
Insuficiencia respiratoria	1	0,3
Intento de autólisis	1	0,3
Leucemia grave	1	0,3
Limpieza herida quirúrgica	1	0,3
Linfoma folicular	1	0,3
Linfoma no hodkign	1	0,3
Litiasis renal	1	0,3
Luxación prótesis de cadera	1	0,3
Maduración cervical por gestación prolongada	1	0,3
Mano catastrófica	1	0,3
Masa abdominal a estudio	1	0,3
Material de osteosíntesis de miembros inferiores	1	0,3
Melanoma maligno	1	0,3
Mts cerebrales	1	0,3
Mucosis en paciente oncológico	1	0,3
Muerte fetal anteparto	1	0,3
Neoplasia benigna de ovario	1	0,3
Neoplasia lipomatosa benigna de riñón	1	0,3
Neoplasia maligna de colon descendente	1	0,3
Neoplasia maligna de ovario	1	0,3
Neumotórax espontáneo	1	0,3
Neumotórax recidivante	1	0,3
Oclusión intestinal	1	0,3

Oligodendrioma estadio iii	1	0,3
Osteoartrosis pelvis y muslo	1	0,3
Osteosarcoma metastásico	1	0,3
Otitis media	1	0,3
Otras anemias megaloblásticas	1	0,3
Pancitopenia	1	0,3
Penfigoide ampoloso	1	0,3
Pérdida de audición bilateral	1	0,3
Polihidramnios	1	0,3
Preeclampsia	1	0,3
Prolapso de bolsa	1	0,3
Prolapso rectal	1	0,3
Quintus varo pie derecho	1	0,3
Sarcoma	1	0,3
Síndrome confusional agudo	1	0,3
Síndrome confusional en paciente con cuidados paliativos	1	0,3
Síndrome constitucional	1	0,3
Síndrome de cushing	1	0,3
Síndrome emético	1	0,3
Síndrome febril	1	0,3
Sinusitis crónica	1	0,3
Sospecha de encefalitis	1	0,3
Sospecha de tos ferina	1	0,3
Status epiléptico no convulsivo	1	0,3
Talipes calcaneoalگو congénito	1	0,3
Tuberculosis	1	0,3
Trasplante renal	1	0,3
Tumoración anexial	1	0,3
Tumoración en cabeza de páncreas	1	0,3
Ulceras en miembro inferior derecho	1	0,3
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

## Anexo 11. Diagnósticos activos

Diagnósticos activos	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de infección	235	12,2
Riesgo de sangrado	140	7,3
Deterioro de la movilidad física	89	4,6
Dolor agudo	84	4,4
Déficit de autocuidado: baño	69	3,6
Intolerancia a la actividad	66	3,4
Déficit de autocuidado: uso del inodoro	64	3,3
Disconfort	62	3,2
Déficit de autocuidado: vestido	59	3,1
Riesgo de nivel de glucemia inestable	49	2,5
Riesgo de estreñimiento	48	2,5
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	44	2,3
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	42	2,2
Riesgo de caídas	42	2,2
Ansiedad	37	1,9
Insomnio	36	1,9
Déficit de autocuidado: alimentación	31	1,6
Disposición para mejorar el autocuidado	23	1,2
Disposición para mejorar el proceso de maternidad	23	1,2
Disposición para mejorar los conocimientos	23	1,2
Disposición para mejorar la lactancia materna	22	1,1
Gestión ineficaz de la propia salud	22	1,1
Riesgo de deterioro de la integridad	22	1,1
Deterioro de la eliminación urinaria	21	1,1
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	21	1,1
Riesgo de shock	21	1,1
Riesgo de síndrome de desuso	20	1
Riesgo de intolerancia a la actividad	19	1
Riesgo de perfusión renal ineficaz	19	1
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	18	0,9
Estreñimiento	18	0,9
Fatiga	18	0,9
Trastorno del patrón de sueño	17	0,9
Patrón respiratorio ineficaz	16	0,8
Riesgo de desequilibrio electrolítico	16	0,8
Deterioro del intercambio de gases	15	0,8
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	15	0,8
Mantenimiento ineficaz de la salud	14	0,7
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	14	0,7
Deterioro de la comunicación verbal	13	0,7
Exceso de volumen de líquidos	13	0,7
Hipertermia	13	0,7
Deterioro de la ambulación	11	0,6
Deterioro de la deglución	11	0,6
Riesgo de confusión aguda	11	0,6

Confusión aguda	10	0,5
Incontinencia de esfuerzo	10	0,5
Riesgo de baja autoestima situacional	9	0,5
Riesgo de cansancio del rol de cuidador	9	0,5
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	9	0,5
Riesgo de traumatismo vascular	9	0,5
Deterioro de la integridad cutánea	8	0,4
Deterioro de la mucosa oral	8	0,4
Impotencia	8	0,4
Incontinencia urinaria funcional	8	0,4
Riesgo de compromiso de la dignidad humana	8	0,4
Déficit de volumen de líquidos	7	0,4
Dolor crónico	7	0,4
Riesgo de aspiración	7	0,4
Riesgo de alteración de la diada materno/fetal	6	0,3
Trastorno de la imagen corporal	6	0,3
Deterioro de la ventilación espontánea	5	0,3
Náuseas	5	0,3
Déficit de actividades recreativas	4	0,2
Deterioro de la movilidad en la cama	4	0,2
Retraso en la recuperación quirúrgica	4	0,2
Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	4	0,2
Riesgo de glucemia inestable	4	0,2
Conocimientos deficientes	3	0,2
Descuido personal	3	0,2
Deterioro de la habilidad para la traslación	3	0,2
Duelo	3	0,2
Incontinencia urinaria por rebosamiento	3	0,2
Protección ineficaz	3	0,2
Riesgo de Impotencia	3	0,2
Riesgo de perfusión tisular cardíaca	3	0,2
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	3	0,2
Baja autoestima situacional	2	0,1
Cansancio del rol del cuidador	2	0,1
Confusión crónica	2	0,1
Déficit de autocuidados	2	0,1
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	2	0,1
Deterioro de la memoria	2	0,1
Disminución del gasto cardíaco	2	0,1
Disposición para mejorar el afrontamiento	2	0,1
Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos	2	0,1
Incontinencia fecal	2	0,1
Interrupción de la lactancia materna	2	0,1
Lactancia materna ineficaz	2	0,1
Patrón sexual ineficaz	2	0,1
Riesgo a la intolerancia a la actividad	2	0,1
Riesgo de deterioro de la función hepática	2	0,1
Afrontamiento ineficaz	1	0,1

Conflicto de decisiones	1	0,1
Deterioro de la dentición	1	0,1
Diarrea	1	0,1
Disposición para mejorar el rol parental	1	0,1
Disposición para mejorar el sueño	1	0,1
Disposición para mejorar la comunicación	1	0,1
Estilo de vida sedentario	1	0,1
Incontinencia urinaria de esfuerzo	1	0,1
Motilidad gastrointestinal disfuncional	1	0,1
Retención urinaria	1	0,1
Riesgo de estreñimiento	1	0,1
Riesgo de baja autoestima	1	0,1
Riesgo de deterioro de la vinculación	1	0,1
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	1	0,1
Riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo	1	0,1
Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	1	0,1
Riesgo de traumatismo	1	0,1
Temor	1	0,1
Vagabundeo	1	0,1
<b>Total</b>	<b>1922</b>	<b>100</b>

## Anexo 12. Factores relacionados y Factores de riesgo causantes de los Diagnósticos activos

Factores relacionados y Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Deterioro neuromuscular	158	5,4
Dolor	115	4
Deterioro músculo esquelético	97	3,3
Cirugía	82	2,8
Ser portador de vía venosa	76	2,6
Procedimientos invasivos	73	2,5
Encamamiento	53	1,8
Infección	51	1,8
Sonda vesical	48	1,7
Deterioro de la movilidad física	43	1,5
Deterioro del estado físico	39	1,3
Vía venosa periférica	39	1,3
Síntomas relacionados con la enfermedad	37	1,3
Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno	35	1,2
Humedad	34	1,2
Prescripción de restricción de movimiento	32	1,1
Debilidad generalizada	29	1
Rigidez articular	28	1
Efectos secundarios del tratamiento	27	0,9
Aporte dietético	26	0,9
Debilidad	26	0,9
Malestar físico	26	0,9
Enfermedad	25	0,9
Complicaciones postparto	24	0,8
Entuertos	24	0,8
Complicaciones relacionadas con el embarazo	22	0,8
Hipoxemia	22	0,8
Actividad física insuficiente	21	0,7
Hipoxia	21	0,7
Inmovilización física	20	0,7
Accesos venosos periféricos	19	0,7
Cambio en el patrón de alimentación habitual	19	0,7
Deterioro cognitivo	19	0,7
Hta	19	0,7
Disminución de la actividad física	17	0,6
Contracciones	16	0,6
Edad superior a 60 años	16	0,6
Hábitos de defecación irregulares	16	0,6
Interrupciones	16	0,6
Agentes lesivos	15	0,5
Cambio en el estado de salud	15	0,5
Diabetes mellitus	15	0,5
Dificultad en la marcha	15	0,5
Disfunción renal	15	0,5

Estrés	15	0,5
Tabaquismo	15	0,5
Alteración del nivel de conciencia	14	0,5
Edad superior a 65 años	14	0,5
Efectos secundarios al tratamiento anticoagulante	14	0,5
Herida quirúrgica	14	0,5
Deterioro esquelético	13	0,4
Deterioro neurológico	13	0,4
Fatiga	13	0,4
Inmovilidad en cama	13	0,4
Secreciones bronquiales	13	0,4
Ser portador de sonda vesical	13	0,4
Abuso de sustancias	12	0,4
Demencia	12	0,4
Drenajes	12	0,4
Uso de dispositivos de ayuda	12	0,4
Complejidad del régimen	11	0,4
Compromiso de los mecanismos reguladores	11	0,4
Debilidad de los músculos pélvicos	11	0,4
Inmovilización mecánica	11	0,4
Complejidad de los cuidados	10	0,3
Dolor y prescripción de restricción de movimiento	10	0,3
Estado de salud	10	0,3
Infección del tracto urinario	10	0,3
Uso de anticoagulantes orales	10	0,3
Afrontamiento individual ineficaz	9	0,3
Cambios en el estado de la salud	9	0,3
Deterioro sensitivo-motor	9	0,3
Enfermedad que afecta la regulación de la temperatura	9	0,3
Estado de enfermedad	9	0,3
Falta de adherencia al régimen terapéutico	9	0,3
Inmovilidad	9	0,3
Mal estado físico	9	0,3
Nivel de actividad física	9	0,3
Obstrucción anatómica	9	0,3
Tipo de catéter	9	0,3
Ventilación-perfusión	9	0,3
Actitud negativa hacia los cuidados	8	0,3
Complejidad del régimen terapéutico	8	0,3
Condiciones fisiológicas	8	0,3
Edad avanzada	8	0,3
Enfermedad física	8	0,3
Epoc	8	0,3
Exposición corporal	8	0,3
Factores biológicos	8	0,3
Limitación neuromuscular	8	0,3
Percepción de invasión de la intimidad	8	0,3
Problemas circulatorios coronarios	8	0,3

Zona de inserción	8	0,3
Antecedentes de intolerancia previa	7	0,2
Complicaciones del embarazo	7	0,2
Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte	7	0,2
Deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado	7	0,2
Desequilibrio de líquidos	7	0,2
Deterioro de la cognición	7	0,2
Estado de salud física	7	0,2
Fracaso de los mecanismos reguladores	7	0,2
Fuerza muscular insuficiente	7	0,2
Incapacidad para ingerir alimentos	7	0,2
Ingesta excesiva de alcohol	7	0,2
Inmovilización	7	0,2
Pérdida activa del volumen de líquidos	7	0,2
Pielonefritis	7	0,2
Presencia de problemas respiratorios/circulatorios	7	0,2
Proceso de su enfermedad	7	0,2
Ruidos	7	0,2
Trastorno de la imagen corporal	7	0,2
Vida sedentaria	7	0,2
Aporte dietético (nutrición enteral)	6	0,2
Deterioro en la deglución	6	0,2
Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal	6	0,2
Estado de desequilibrio nutricional	6	0,2
Estilo de vida desvalido	6	0,2
Falta de conocimientos sobre los factores de riesgo modificables	6	0,2
Falta de intimidad	6	0,2
Falta de privacidad	6	0,2
Fatiga de los músculos respiratorios	6	0,2
Hiperlipidemia	6	0,2
Hipertensión	6	0,2
Toma de opiáceos	6	0,2
Alteración del sistema nervioso central	5	0,2
Cambios en la situación: estado de salud	5	0,2
Cambio en el patrón de alimentación	5	0,2
Cambio/amenaza en el estado de salud	5	0,2
Catéteres	5	0,2
Deterioro funcional	5	0,2
Disminución de la fuerza muscular	5	0,2
Disminución de las habilidades motoras finas	5	0,2
Enfermedad crónica	5	0,2
Habilidades para la comunicación deficientes	5	0,2
Higiene oral inefectiva	5	0,2
Patología músculo-esquelética	5	0,2
Presencia de dispositivos invasivos	5	0,2
Retención de las secreciones	5	0,2
Taponamiento	5	0,2



Uso de corticoides	5	0,2
Vómitos	5	0,2
Broncoaspiración por deterioro neuromuscular	4	0,1
Cambios en el rol social	4	0,1
Déficit de conocimientos	4	0,1
Deformidad de la pared torácica	4	0,1
Deshidratación	4	0,1
Desorientación	4	0,1
Deterioro de la función hepática	4	0,1
Deterioro del equilibrio	4	0,1
Diarrea	4	0,1
Dieta inadecuada	4	0,1
Dificultades visuales	4	0,1
Disnea	4	0,1
Estenosis de la arteria renal	4	0,1
Exceso de aporte de líquidos	4	0,1
Expresa dolor	4	0,1
Factores mecánicos	4	0,1
Gestos de protección	4	0,1
Hemidéficit izquierdo	4	0,1
Incapacidad para digerir / ingerir los alimentos	4	0,1
Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas	4	0,1
Informes de sentirse incómodo	4	0,1
Malestar	4	0,1
Miedo a las caídas	4	0,1
Observación de evidencias de dolor	4	0,1
Polimedicación	4	0,1
Postura para evitar el dolor	4	0,1
Reposo en cama	4	0,1
Resistencia limitada	4	0,1
Restricción de movimientos	4	0,1
Reticencia a iniciar el movimiento	4	0,1
Sueño interrumpido	4	0,1
Abuso de alcohol	3	0,1
Actividad insuficiente	3	0,1
Amenaza de muerte	3	0,1
Amenaza para la situación económica/estado de salud	3	0,1
Anomalías de la vía aérea superior	3	0,1
Aumento de la temperatura corporal por encima de los límites normales	3	0,1
Barreras para el autocuidado oral	3	0,1
Cefalea	3	0,1
Compañero de sueño	3	0,1
Conflicto de decisiones	3	0,1
Contenciones físicas	3	0,1
Crisis situacionales	3	0,1
Defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel	3	0,1
Defensas secundarias inadecuadas	3	0,1

Disfunción familiar previa al inicio de la situación en que se requieren cuidados	3	0,1
Disnea de esfuerzo	3	0,1
Efectos colaterales del tratamiento	3	0,1
Entorno desprovisto de actividades recreativas	3	0,1
Estilo/elección de vida	3	0,1
Exposición ambiental a agentes patógenos	3	0,1
Fármacos	3	0,1
Incomodidad por el encamamiento	3	0,1
Infección postoperatoria de la zona quirúrgica	3	0,1
Ingesta escasa	3	0,1
Intolerancia a la actividad	3	0,1
Intolerancia al esparadrapo	3	0,1
Limitación de la resistencia cardiovascular	3	0,1
Manejo de la medicación	3	0,1
Medicamentos sedantes	3	0,1
Obstrucción del drenaje uretral	3	0,1
Obstrucción uretral	3	0,1
Portador de vía venosa	3	0,1
Presencia de colostomía	3	0,1
Presencia de problemas respiratorios	3	0,1
Responsabilidades como cuidador	3	0,1
Sepsis	3	0,1
Terapia trombolítica	3	0,1
Tratamiento farmacológico	3	0,1
Adicción	2	0,1
Alteración del ritmo cardíaco	2	0,1
Amputación de MMII	2	0,1
Aporte insuficiente de líquidos/ fibra	2	0,1
Asma	2	0,1
Bronquiolitis	2	0,1
Cambio en los patrones de interacción con el entorno	2	0,1
Cambios en la membrana alveolo-capilar	2	0,1
Desequilibrio en la ventilación-perfusión	2	0,1
Deterioro del estado metabólico	2	0,1
Deterioro para ponerse y quitarse la ropa, zapatos, calcetines	2	0,1
Dieta absoluta durante más de 24 horas	2	0,1
Disfunción neuromuscular	2	0,1
Disminución / falta de las actividades motoras gruesas / finas	2	0,1
Dolor grave	2	0,1
Edemas en MMII	2	0,1
Enfermedad del niño	2	0,1
Estilo de vida	2	0,1
Estímulos ambientales nocivos	2	0,1
Excesiva cantidad de esputos	2	0,1
Falta de respiro para el cuidador	2	0,1
Fibrilación auricular	2	0,1
Ingreso hospitalario	2	0,1

Lesión aguda	2	0,1
Limitaciones del entorno	2	0,1
Malestar físico (disnea, dolor, no tolerar el decúbito)	2	0,1
Malnutrición	2	0,1
Medicamentos	2	0,1
Medicamentos hepatotóxicos	2	0,1
Mucosidad excesiva	2	0,1
Multicausalidad	2	0,1
Pérdida de apetito	2	0,1
Perfiles hematológicos anormales	2	0,1
Poliquimioterapia	2	0,1
Problemas respiratorios	2	0,1
Quimioterapia	2	0,1
Reposo en cama por orden médica	2	0,1
Respiración bucal	2	0,1
Sedentarismo	2	0,1
Síndrome de hipoventilación	2	0,1
Temperatura/humedad ambiental	2	0,1
Tos inefectiva	2	0,1
Traqueostomía	2	0,1
Trastorno neurológico	2	0,1
Trastornos inmunitarios	2	0,1
Tratamiento anticoagulante	2	0,1
Tratamiento con opiáceos	2	0,1
Úlcera	2	0,1
Uso de opiáceos	2	0,1
Vía venosa central	2	0,1
Abrasión-caída en la carretera	1	0
Administración de corticoides	1	0
Agentes lesivos (biológicos, físicos)	1	0
Alcoholismo	1	0
Alimentación por SNG	1	0
Alimentación suplementaria con tetinas artificiales	1	0
Alteración de la función corporal	1	0
Alteración de la recepción sensorial	1	0
Alteraciones de la recepción visual	1	0
Anemia	1	0
Angiodisplasias	1	0
Anomalías de la mama	1	0
Ansiedad	1	0
Ansiedad materna	1	0
Anticipación de la pérdida de una persona significativa	1	0
Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas	1	0
Ascitis	1	0
Aumento de las quejas verbales	1	0
Calibre del catéter	1	0
Cambios en el ritmo respiratorio	1	0
Cambios en el terço de la piel	1	0

Cambios en la frecuencia respiratoria	1	0
Cambios en la medicación	1	0
Cambios en la turgencia	1	0
Cambios en la ventilación	1	0
Cambios en los patrones de alimentación habituales	1	0
Cambios posturales	1	0
Caries	1	0
Catéter periférico	1	0
Cirugía abdominal	1	0
Cirugía mamaria previa	1	0
Co-infección por VIH	1	0
Complicación postoperatoria	1	0
Conciencia de los posibles cambios ambientales	1	0
Condiciones postoperatorias	1	0
Conducta expresiva de dolor	1	0
Conductas problemáticas	1	0
Conocimientos deficientes	1	0
Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes	1	0
Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para su salud	1	0
Conocimientos sobre las respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud	1	0
Consumo de alcohol	1	0
Contraindicaciones para la lactancia materna	1	0
Creencias personales	1	0
Crisis epilépticas	1	0
Cronicidad/gravedad de la enfermedad	1	0
Curas	1	0
Curso impredecible de la enfermedad	1	0
Debilidad de los músculos abdominales	1	0
Debilitamiento del sistema músculo-esquelético	1	0
Déficit de habilidades sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la enfermedad o tratamiento médico	1	0
Delirio	1	0
Demuestra las técnicas de cuidado básico del bebé	1	0
Demuestra vinculación con el bebé	1	0
Depresión	1	0
Deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad	1	0
Desequilibrio nutricional	1	0
Despertarse en repetidas ocasiones durante la noche	1	0
Deterioro de la circulación	1	0
Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas	1	0
Deterioro de la habilidad para pasar de la posición de supino a sentada	1	0
Deterioro de la mucosa oral	1	0
Deterioro de las actividades motoras gruesas / finas	1	0
Diagnóstico clínico	1	0

Dieta inadecuada	1	0
Dificultad para conciliar el sueño	1	0
Disminución	1	0
Disminución de la movilidad	1	0
Disminución de la resistencia	1	0
Disminución de la salivación	1	0
Disminución de las fuerzas en MMII	1	0
Dolor generalizado	1	0
Drenaje abdominal	1	0
Edema en rodilla	1	0
Efectos secundarios de la medicación	1	0
El lactante recibe alimentación suplementaria con tetina	1	0
Elecciones apropiadas para satisfacer los objetivos	1	0
Embarazo	1	0
Enfermedad de Alzheimer	1	0
Enfermedad de la madre	1	0
Enfermedad pancreática	1	0
Entorno desprovisto de recursos	1	0
Estado de salud mental	1	0
Estrés antes de dormir	1	0
Estrés antes del sueño	1	0
Expresa deseo de mejorar el régimen terapéutico prescrito	1	0
Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad	1	0
Expresa deseo de mejorar la gestión de los síntomas	1	0
Expresión verbal del paciente	1	0
Expresiones verbales	1	0
Factores biológicos (patología subyacente)	1	0
Falta de apoyo de la familia/pareja	1	0
Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación	1	0
Falta de exposición	1	0
Falta de familiaridad con las experiencias del entorno	1	0
Falta de fuerza muscular	1	0
Falta de interés	1	0
Falta de motivación	1	0
Falta de oportunidad de prepararse para el agente estresante	1	0
Falta de piezas dentarias	1	0
Falta de plan terapéutico de la diabetes	1	0
Farmacoterapia	1	0
Fatiga materna	1	0
Fístula arterio venosa	1	0
Fluctuación sueño-vigilia	1	0
Fractura de fémur no intervenida	1	0
Fracturas	1	0
Fracturas costales	1	0
Gastrostomía	1	0
Hábitos de defecación irregulares	1	0
Higiene del sueño inadecuada	1	0
Higiene personal/ del entorno inadecuada	1	0

Hiper-hipoventilación	1	0
Impactación fecal	1	0
Incapacidad para conservar las energías adaptativas	1	0
Incapacidad para eliminar las heces	1	0
Incapacidad para llegar hasta el inodoro	1	0
Incontinencia	1	0
Inestabilidad de la salud del receptor de cuidados	1	0
Inestabilidad postural (vértigos)	1	0
Infecciones víricas	1	0
Informe de sueño no reparador	1	0
Informe verbal de dolor	1	0
Informes verbales de sueño no reparador	1	0
Ingesta de corticoides	1	0
Inmovilización mecánica	1	0
Interrupción de la lactancia materna	1	0
Irritabilidad	1	0
Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos	1	0
Las necesidades del niño están satisfechas	1	0
Letargo	1	0
Limitación cognitiva	1	0
Limitación de la amplitud de movimientos	1	0
Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras	1	0
Medicación	1	0
Medicamentos (opioides)	1	0
Monitorización inadecuada de la glucemia	1	0
Muerte de una persona significativa	1	0
Nivel de actividad física en paciente con edad avanzada	1	0
No adherencia a las actividades relacionadas con la salud	1	0
Obstrucción	1	0
Obstrucción mecánica	1	0
Obstrucción mecánica (edema, tumor)	1	0
Odinofagia	1	0
Patrones alimentarios disfuncionales	1	0
Percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales	1	0
Pérdida de continuidad de la piel	1	0
Pérdida de control del esfínter rectal	1	0
Pérdida de la integridad de las estructuras óseas	1	0
Pérdida del control del esfínter anal	1	0
Poca familiaridad con los recursos para obtener información	1	0
Precauciones de seguridad	1	0
Prescripción de reposo	1	0
Presión intraabdominal alta	1	0
Problemas físicos del cuidador	1	0
Procedimiento quirúrgico extenso	1	0
Procesos infecciosos	1	0
Proporciona un entorno seguro para el bebé	1	0

Reducción del nivel de conciencia	1	0
Reflejo de succión débil del lactante	1	0
Relajación esfinteriana	1	0
Responsabilidad de los cuidados durante las 24 h.	1	0
Restricción de movilidad	1	0
Restricciones ambientales	1	0
Rotura de la piel	1	0
Rotura de la piel (intervención quirúrgica)	1	0
Rotura prematura de membranas	1	0
Ruptura prematura de membranas	1	0
Separación entre los padres y el niño	1	0
Sonda nasogástrica	1	0
Sonidos respiratorios adventicios	1	0
Técnicas invasivas	1	0
Toma de corticoides	1	0
Trastornos respiratorios	1	0
Tratamiento	1	0
Traumatismo tisular	1	0
Traumatismo tisular (Episiotomía)	1	0
Tumores	1	0
Uso de términos médicos indefinidos	1	0
Uso ocasional de medicamentos para inducir el sueño	1	0
Utiliza adecuadamente los sistemas de apoyo	1	0
Vestido	1	0
<b>Total</b>	<b>2906</b>	<b>100</b>

### Anexo 13. Características definitorias de los Diagnósticos activos

Características definitorias	Frecuencia	Porcentaje
Limitación de la capacidad para las actividades motoras groseras	75	4
Observación de evidencias de dolor	61	3,3
Incapacidad para acceder al cuarto de baño	58	3,3
Disnea	51	2,8
Incapacidad para llegar al inodoro	38	2,1
Postura para evitar el dolor	38	2,1
Expresa dolor	37	2
Gestos de protección	36	1,9
Disnea de esfuerzo	35	1,9
Deterioro para ponerse y quitarse la ropa, zapatos, calcetines	28	1,5
Incapacidad para manejar los utensilios	26	1,4
Informes verbales de fatiga	26	1,4
Incapacidad para cortar los alimentos	25	1,3
Incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación	25	1,3
Malestar debido al esfuerzo	25	1,3
Informe verbal de dolor	24	1,3
Dificultad para girarse	23	1,2
Expresa interés en el aprendizaje	22	1,2
El lactante parece satisfecho después de las tomas	21	1,1
Incapacidad para deglutir alimentos líquidos y sólidos	21	1,1
Informes verbales de debilidad	21	1,1
La madre expresa satisfacción con el proceso de amamantamiento	21	1,1
Incapacidad para ponerse / quitarse la ropa	20	1,1
Demuestra las técnicas de cuidado básico del bebé	19	1
Despertarse en repetidas ocasiones durante la noche	19	1
Informes verbales de sueño no reparador	19	1
Irritabilidad	19	1
Incapacidad para acceder al inodoro	18	1
Percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales	16	0,9
Edemas	15	0,8
Deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad	14	0,8
Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud	14	0,8
Demuestra vinculación con el bebé	13	0,7
Nerviosismo	13	0,7
Incertidumbre	12	0,6
Inquietud	12	0,6
Preocupación	12	0,6
Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas	11	0,6
Dificultades con los tratamientos prescritos	11	0,6
Excesiva cantidad de esputo	11	0,6
Somnolencia	11	0,6
Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad	10	0,5
Incapacidad para eliminar las heces	10	0,5



Observaciones de pequeñas pérdidas de orina al toser, reír o estornudar y con el ejercicio	10	0,5
Preocupación creciente	10	0,5
Proporciona un entorno seguro para el bebé	10	0,5
Agitación	9	0,5
Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad, los síntomas y del régimen terapéutico prescrito	9	0,5
Fallo en emprender acciones que prevendría nuevos problemas de salud	9	0,5
Fluctuación en el nivel de conciencia	9	0,5
Incontinencia	9	0,5
Informe de sentirse incómodo	9	0,5
Insomnio	9	0,5
Oliguria	9	0,5
Alucinaciones	8	0,4
Anasarca	8	0,4
Ansiedad	8	0,4
Aumento de la temperatura corporal por encima de los límites normales	8	0,4
Distensión abdominal	8	0,4
Disuria	8	0,4
Dolor	8	0,4
Enlentecimiento de los movimientos	8	0,4
Hipoxemia	8	0,4
Minimización de los cambios en el estado de salud	8	0,4
Pérdida de orina antes de llegar al inodoro	8	0,4
Temor	8	0,4
Tos inefectiva	8	0,4
Agitación creciente	7	0,4
Angustia	7	0,4
Cambios en el ritmo respiratorio	7	0,4
Cansancio	7	0,4
Conducta expresiva de dolor	7	0,4
Dificultad en la defecación	7	0,4
Disminución de la diuresis	7	0,4
Expresa no sentirse bien descansada	7	0,4
Expresiones de preocupación	7	0,4
Expresiones verbales de dolor	7	0,4
Expresiones verbales y conducta expresiva de dolor	7	0,4
Hipercapnia	7	0,4
Polaquiuria	7	0,4
Presión arterial anormal en respuesta a la actividad	7	0,4
Sequedad de la piel	7	0,4
Sequedad de las membranas mucosas	7	0,4
Sueño no reparador	7	0,4
Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos	7	0,4
Deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado	6	0,3

Expresiones de frustración por la incapacidad para realizar las tareas previas	6	0,3
Expresiones verbales	6	0,3
Incontinencia / retención	6	0,3
Informar de dificultad para permanecer dormido	6	0,3
Uso de los músculos accesorios para respirar	6	0,3
Utiliza adecuadamente los sistemas de apoyo	6	0,3
Déficit visual parcial	5	0,3
Destrucción de las capas de la piel	5	0,3
Dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual	5	0,3
Expresión verbal del paciente de consumo de 1 cajetilla de tabaco / día	5	0,3
Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo	5	0,3
Incapacidad para lavarse el cuerpo	5	0,3
Lesiones orales	5	0,3
Llanto	5	0,3
Tos	5	0,3
Afasia	4	0,2
Alteración de los electrolitos	4	0,2
Atragantamiento	4	0,2
Cambio real en el funcionamiento	4	0,2
Cambios en la frecuencia respiratoria	4	0,2
Conducta expresiva	4	0,2
Debilidad de los músculos requeridos para la deglución	4	0,2
Desorientación en tiempo y espacio	4	0,2
Deterioro de la capacidad para cambiar por sí mismo de posición en la cama	4	0,2
Dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual	4	0,2
Dificultad para realizar AVD	4	0,2
Disminución de la saturación de oxígeno	4	0,2
Evidencias de estasis de los alimentos en la cavidad oral	4	0,2
Incapacidad para ingerir alimentos de forma segura	4	0,2
Incapacidad para obtener/ponerse/quitar las prendas de vestir	4	0,2
Informar de dificultad para conciliar el sueño	4	0,2
Informes de sentirse incómoda	4	0,2
Los síntomas y el régimen terapéutico prescrito	4	0,2
Manifestaciones verbales de debilidad	4	0,2
Peso corporal inferior a un 20% o más al peso ideal	4	0,2
Cambio en el patrón normal del sueño	3	0,2
Conductas congruentes con los conocimientos manifestados	3	0,2
Demuestra el cuidado adecuado de los pechos	3	0,2
Demuestra técnicas apropiadas para la alimentación del bebé	3	0,2
Deseo manejar el tratamiento de la enfermedad	3	0,2
Deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares	3	0,2
Deterioro de los sistemas de soporte personal	3	0,2
Deterioro del patrón del sueño	3	0,2
Dificultad para conciliar el sueño	3	0,2

Distensión vesical	3	0,2
Edad superior a 65 años	3	0,2
En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud	3	0,2
Evidencia de dolor	3	0,2
Explica su conocimiento del tema	3	0,2
Expresa sentirse incómoda	3	0,2
Expresión verbal de vómito inminente	3	0,2
Fatiga	3	0,2
Incapacidad para asearse	3	0,2
Incapacidad para lavarse con total autonomía	3	0,2
Incapacidad para realizar con total autonomía la higiene adecuada tras la evacuación	3	0,2
Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina	3	0,2
Insatisfacción con el sueño	3	0,2
La madre demuestra vinculación con el bebé	3	0,2
La madre demuestra las técnicas de cuidado básico del bebé	3	0,2
La madre proporciona un entorno seguro para el bebé	3	0,2
La madre utiliza adecuadamente los sistemas de apoyo	3	0,2
Lengua geográfica	3	0,2
Los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el centro	3	0,2
Placas blancas	3	0,2
Preocupación e incertidumbre	3	0,2
Superficie corporal inferior en un 20% o mas al peso ideal	3	0,2
Trastorno del sueño	3	0,2
Alteración de la superficie de la piel	2	0,1
Arritmias	2	0,1
Aumento de la PVC	2	0,1
Aumento de la temperatura	2	0,1
Aversión a comer	2	0,1
Bajo tono muscular	2	0,1
Cambios en el patrón intestinal	2	0,1
Cambios en la marcha	2	0,1
Cianosis	2	0,1
Conflicto familiar	2	0,1
Culpa	2	0,1
Diaforesis	2	0,1
Dificultad en la marcha	2	0,1
Disminución de los sonidos respiratorios	2	0,1
Disminución del tiempo de reacción	2	0,1
Enrojecimiento	2	0,1
Expresa deseo de mejorar el estilo de vida en el postparto	2	0,1
Expresa haberse despertado	2	0,1
Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales	2	0,1
Expresiones verbales de carecer de control sobre su autocuidado	2	0,1
Falta de alimentos	2	0,1
Incapacidad para afrontar los acontecimientos	2	0,1

Incapacidad para ponerse la ropa de la parte inferior	2	0,1
Incapacidad para ponerse y quitarse los calcetines y los zapatos	2	0,1
Incapacidad para retrasar la defecación	2	0,1
Incapacidad para secarse y lavarse parte inferior del cuerpo	2	0,1
Incapacidad para trasladarse silla-cama-silla	2	0,1
Incontinencia urinaria	2	0,1
Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas	2	0,1
Inmovilización mecánica	2	0,1
Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos	2	0,1
Lengua atrófica	2	0,1
Lengua saburra	2	0,1
Manifestaciones verbales del paciente	2	0,1
Náuseas	2	0,1
No adherencia a las actividades relacionadas con la salud	2	0,1
No poder hablar	2	0,1
Observación de evidencias de dificultad en la deglución	2	0,1
Percepción de secreción de leche inadecuada	2	0,1
Pérdida de peso en un 20% del peso ideal	2	0,1
Retención	2	0,1
Separación madre-hijo	2	0,1
Sufrimiento	2	0,1
Uso de dispositivos de ayuda	2	0,1
Abuso de sustancias	1	0,1
Actividad física insuficiente	1	0,1
Afán del lactante por mamar patrones de comunicación madre/lactante adecuados	1	0,1
Afectación de los músculos requeridos para la masticación	1	0,1
Agitación creciente	1	0,1
Alteración de la diuresis	1	0,1
Alteración del sueño	1	0,1
Aumento de las quejas verbales	1	0,1
Ausencia de diuresis	1	0,1
Busca apoyo social	1	0,1
Busca el conocimiento de nuevas estrategias	1	0,1
Búsqueda del significado de la pérdida	1	0,1
Cambio en el patrón normal de sueño	1	0,1
Cambios en el patrón de comportamiento	1	0,1
Cambios en la agudeza visual	1	0,1
Cambios en los ruidos intestinales	1	0,1
Comportamiento inapropiado	1	0,1
Conductas de búsqueda	1	0,1
Conocimientos deficientes sobre la obtención/almacenamiento de la leche materna	1	0,1
Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte	1	0,1
Debilidad para ponerse la ropa	1	0,1
Deglución regular mientras mama	1	0,1
Deglución sostenida mientras mama	1	0,1

Demostración de no aceptación del cambio en el estado de salud	1	0,1
Deseo de mejorar la gestión de los síntomas	1	0,1
Deseo materno de proporcionar leche para satisfacer las necesidades nutricionales del niño	1	0,1
Deseos de mejorar el balance de líquidos	1	0,1
Desesperación	1	0,1
Deterioro cognitivo progresivo	1	0,1
Deterioro de la comunicación	1	0,1
Deterioro de la habilidad para pasar de la posición de supino a sentado	1	0,1
Deterioro de la memoria a corto/largo plazo o progresiva	1	0,1
Dificultad para completar las tareas requeridas	1	0,1
Dificultad para deglutir	1	0,1
Distensión	1	0,1
Dolor abdominal	1	0,1
Dolor oral	1	0,1
Drenajes	1	0,1
Edad superior a 60 años	1	0,1
Efectos colaterales del tratamiento	1	0,1
El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño	1	0,1
Elección ineficaz para alcanzar objetivos de salud en su vida diaria	1	0,1
Elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico	1	0,1
Eliminación mínima de tres deposiciones líquidas diarias	1	0,1
Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa	1	0,1
Estrés	1	0,1
Evidencia clínica	1	0,1
Evidencia de interrupción de la herida quirúrgica	1	0,1
Evidencia de vinculación	1	0,1
Evidencias de dificultad en la deglución	1	0,1
Evidencias de dificultad en la deglución/masticación	1	0,1
Evidencias de dificultad en la masticación	1	0,1
Experiencias de olvidos	1	0,1
Expresa inquietud/intranquilidad	1	0,1
Expresa tener un estilo de vida apropiado después del parto	1	0,1
Expresar interés en el aprendizaje	1	0,1
Expresión de dificultad mínima con el tratamiento prescrito	1	0,1
Expresión de sentimientos	1	0,1
Expresión facial	1	0,1
Expresión verbal del paciente	1	0,1
Expresiones de impotencia/ inutilidad	1	0,1
Exudado	1	0,1
Factores psicológicos	1	0,1
Falta de control de la situación	1	0,1
Falta de experiencia para cuidar	1	0,1
Falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales	1	0,1
Flictena perilesional	1	0,1
Gemidos	1	0,1

Halitosis	1	0,1
Higiene personal/del entorno inadecuada	1	0,1
Humedad	1	0,1
Incapacidad de recordar los acontecimientos o retener nueva información	1	0,1
Incapacidad lavarse y secarse el cuerpo	1	0,1
Incapacidad para bañarse sólo	1	0,1
Incapacidad para coger los alimentos con los utensilios	1	0,1
Incapacidad para ingerir alimentos suficientes	1	0,1
Incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca	1	0,1
Incapacidad para masticar la comida	1	0,1
Incapacidad para notar la sensación de repleción rectal	1	0,1
Incapacidad para realizar las actividades por si sola	1	0,1
Incapacidad para trasladarse entre superficies irregulares	1	0,1
Incapacidad para vestirse por si sola	1	0,1
Incapacidad para vestirse/desvestirse/ abrocharse/ desabrocharse los botones	1	0,1
Induración	1	0,1
Inestabilidad postural	1	0,1
Informa del problema	1	0,1
Informe de dificultades en las actividades sexuales	1	0,1
Informe de limitaciones en las actividades sexuales	1	0,1
Informe de mal sabor de boca	1	0,1
Informes de malestar	1	0,1
Informes de pérdida involuntaria de orina al toser	1	0,1
Informes de sentir ansiedad	1	0,1
Ingesta adecuada para las necesidades diarias	1	0,1
Inmovilidad	1	0,1
La diuresis es adecuada en relación a la ingesta	1	0,1
La madre es capaz de poner al lactante al pecho para estimular un agarre exitoso	1	0,1
La madre expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva	1	0,1
La madre expresa deseo de mejorar la capacidad para proporcionar leche materna para las necesidades nutricionales del niño	1	0,1
Largos períodos de deambulación sin destino aparente	1	0,1
Letargo	1	0,1
Limitación de la amplitud de movimientos	1	0,1
Limitación del volumen y consistencia de los alimentos	1	0,1
Mala articulación	1	0,1
Malestar oral	1	0,1
Manifiesta deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad	1	0,1
Manifiesta deseo de mejorar la gestión de la enfermedad	1	0,1
Mínimas dificultades para cumplir los tratamientos prescritos	1	0,1
Mucosidad excesiva	1	0,1
Necesidad de ayuda para completar el autocuidado	1	0,1
Nivel de actividad física	1	0,1

Nódulo	1	0,1
Obesidad	1	0,1
Odinofagia	1	0,1
Olvida realizar una conducta en el momento programado para ello	1	0,1
Patrones de eliminación del lactante adecuados para su edad	1	0,1
Percepción de que se requiere más tiempo para recuperarse	1	0,1
Perderse	1	0,1
Piel perianal enrojecida	1	0,1
Preocupación por el cambio y sentimientos negativos sobre el cuerpo	1	0,1
Presencia de dispositivos invasivos	1	0,1
Proceso de amamantamiento insatisfactorio	1	0,1
Pronunciación poco clara	1	0,1
Respiración anormal/disnea	1	0,1
Retraso en la toma de decisiones	1	0,1
Sangrado	1	0,1
Sensación nauseosa	1	0,1
Sonidos respiratorios adventicios	1	0,1
Succión regular de la mama	1	0,1
Succión sostenida de la mama	1	0,1
Sueño interrumpido	1	0,1
Taquipnea	1	0,1
Uso de corticoides	1	0,1
Vaciado insuficiente de las mamas en cada toma	1	0,1
Vigilancia	1	0,1
<b>Total</b>	<b>1853</b>	<b>100</b>

#### Anexo 14. Factores relacionados y Factores de riesgo de los Diagnósticos resueltos durante la estancia hospitalaria

Factores relacionados y Factores de riesgo de los Diagnósticos resueltos	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	13	8,8
Vía venosa periférica	13	8,8
Sonda vesical	11	7,5
Redón	10	6,8
Accesos venosos periféricos	5	3,4
Deterioro neuromuscular	5	3,4
Procedimientos invasivos	4	2,7
Agentes lesivos	3	2
Disminución de la actividad física	3	2
Actividad física insuficiente	2	1,4
Aporte dietético (nutrición enteral)	2	1,4
Complicaciones del embarazo	2	1,4
Debilidad	2	1,4
Diarrea	2	1,4
Drenaje	2	1,4
Enfermedad	2	1,4
Estrés	2	1,4
Excreciones	2	1,4
Hospitalización	2	1,4
Humedad	2	1,4
Presencia de dispositivos invasivos	2	1,4
Síntomas relacionados con la enfermedad	2	1,4
Taponamiento	2	1,4
Temperatura	2	1,4
Tipo de catéter	2	1,4
Zona de inserción	2	1,4
Alta de respiro para el cuidador	1	0,7
Cambio en los patrones de alimentación habituales	1	0,7
Cantidad de tareas	1	0,7
Cefalea	1	0,7
Cirugía abdominal	1	0,7
Complicaciones postcesárea	1	0,7
Complicaciones relacionadas con el embarazo	1	0,7
Compromiso de los mecanismos reguladores	1	0,7
Contracciones	1	0,7
Control inadecuado de la glucemia	1	0,7
Debilidad generalizada	1	0,7
Desequilibrio de líquidos y vómitos	1	0,7
Deterioro de la movilidad física	1	0,7
Deterioro neurológico	1	0,7
Dieta absoluta durante más de 24 horas	1	0,7
Disminución de la fuerza	1	0,7
Efectos secundarios al tratamiento anticoagulante	1	0,7



Encamamiento	1	0,7
Enteritis aguda	1	0,7
Entuertos	1	0,7
Estado de desequilibrio nutricional	1	0,7
Exposición ambiental a agentes patógenos	1	0,7
Exposición corporal y percepción de invasión de la intimidad	1	0,7
Hábitos de defecación irregulares	1	0,7
Higiene del sueño inadecuada	1	0,7
Higiene oral ineficaz	1	0,7
Hiperlipidemias	1	0,7
Interrupciones	1	0,7
Intolerancia al esparadrapo	1	0,7
Irritación gástrica	1	0,7
Mal control metabólico	1	0,7
Multicausalidad	1	0,7
Obesidad	1	0,7
Parto	1	0,7
Presencia de colostomía	1	0,7
Problemas circulatorios coronarios	1	0,7
Procesos infecciosos	1	0,7
Puerperio	1	0,7
Respiración bucal	1	0,7
Restricción de movimientos	1	0,7
Riesgo de sufrir una alteración en la circulación	1	0,7
Rotura prematura de membranas	1	0,7
Sensibilidad o movilidad de la extremidad puncionada	1	0,7
Separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante	1	0,7
Tabaquismo	1	0,7
Vómitos	1	0,7
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

## Anexo 15. Herramienta EVALUAN-I

## Instrumento EVALUAN-I

*EVALUAN-I ha sido diseñado para valorar de forma crítica el uso de la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA en el ámbito clínico. Las preguntas están distribuidas en 9 secciones:*

1. Competencia clínica.
2. Aptitudes para el razonamiento diagnóstico.
3. Actitudes ante el diagnóstico enfermero (PND-7-SV) (Romero-Sánchez et al, 2013).
4. Conceptos centrales de la disciplina.
5. Contenidos de la clasificación.
6. Atributos fisiopatológicos.
7. Nivel de evidencia científica.
8. Precisión diagnóstica.
9. Comparativa conceptual entre terminologías.

*Debe responder marcando el valor que más se ajuste a su opinión en una escala Likert de 6 puntos, donde 1 (totalmente en desacuerdo) es la peor opinión y 6 (totalmente de acuerdo) es la mejor opinión: (1) Totalmente en desacuerdo; (2) Bastante en desacuerdo; (3) Poco en desacuerdo; (4) Poco de acuerdo; (5) Bastante de acuerdo; (6) Totalmente de acuerdo.*

Competencia clínica						
	1	2	3	4	5	6
Es útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los conceptos y contenidos facilitan la organización del conocimiento específico y autónomo que necesitan las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es imprescindible para el desarrollo académico de la ciencia enfermera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La estructura facilita su aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los contenidos ayudan a decidir qué cuidados se realizan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar la clasificación es una condición obligada para que las enfermeras realicen cuidados que implican funciones y responsabilidades exclusivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se aplica en la práctica asistencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es intuitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las enfermeras la aceptan en su práctica asistencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Favorece el desarrollo de conceptos en el ámbito del conocimiento exclusivo de la disciplina enfermera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Representa e identifica las distintas corrientes teóricas de la enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe coherencia interna entre los conceptos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las etiquetas diagnósticas son claras y descriptivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las características definitorias de los diagnósticos son relevantes para emitir los juicios diagnósticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe precisión en la configuración de la estructura jerárquica y taxonómica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los factores relacionados o de riesgo de los diagnósticos son relevantes para emitir los juicios diagnósticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar la clasificación contextualiza por sí mismo el cuidado que se debe prestar a los individuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aptitudes para el razonamiento diagnóstico**

Los diagnósticos enfermeros señalan respuestas humanas a situaciones de salud que las enfermeras pueden resolver con autonomía. Señale el valor numérico que más se ajuste a su opinión, 1 corresponde con menor consideración como diagnóstico enfermero y 6 con mayor consideración como diagnóstico enfermero.

Etiqueta diagnóstica	1	2	3	4	5	6
Riesgo de infección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conocimientos deficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesgo de lesión postural perioperatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deterioro del intercambio de gases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolerancia a la actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusión aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesgo de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución del gasto cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Actitudes ante el diagnóstico enfermero**

En la siguiente adaptación de la versión española reducida de la Escala de Posicionamiento ante el Diagnóstico Enfermero (PND-7-SV) (Romero-Sánchez et al, 2013), señale el valor numérico que mejor refleja su actitud: 1 corresponde con la peor o más negativa y 6 con la mejor o más positiva.

	1	2	3	4	5	6	
Sin significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con significado
No realista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realista
Obstaculizador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facilitador
Sin validez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válido
Irrelevante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relevante
Ingrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gratificante
Rutinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creativo

**Conceptos centrales de la disciplina**

Enfermería es una disciplina con un cuerpo de conocimientos propio ajustado a los conceptos centrales: persona, salud, entorno y cuidados. En qué grado considera usted que los identifica con claridad		1	2	3	4	5	6
	Persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Contenidos de la clasificación**

		1	2	3	4	5	6
Los contenidos son claros y descriptivos	Características definitorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Factores relacionados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Factores de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cada concepto se identifica con un código inequívoco		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Atributos fisiopatológicos**

	1	2	3	4	5	6
Existen algunos factores relacionados o factores de riesgo que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existen algunos diagnósticos que, al mismo tiempo, pueden corresponder con diagnósticos médicos o enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es posible encontrar clasificado algún concepto o contenido de forma duplicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nivel de evidencia científica**

	1	2	3	4	5	6
Los diagnósticos están fundamentados en criterios de actuación basados en evidencia científica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los diseños de las investigaciones sobre diagnósticos aportan niveles altos de evidencia científica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Precisión diagnóstica**

		1	2	3	4	5	6
Por lo general, el nivel de abstracción de los diagnósticos es alto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etiqueta diagnóstica (consideración como Diagnóstico enfermero)	Incontinencia urinaria refleja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disfunción sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Comparativa conceptual entre terminologías**

	1	2	3	4	5	6
Cada concepto ha sido mapeado con un equivalente en otras clasificaciones o vocabularios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los conceptos se identifican con sinónimos en otras clasificaciones diagnósticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>