

El Correo AENTDE

Semestre I - 2002 / Vol V / Número 1

Se celebra la 1ª Conferencia conjunta de NANDA-NIC-NOC (NNN)

La cita fue en Chicago desde el 10 al 13 de abril de 2002.

Nada mejor para informar de esta Primera Conferencia NNN, que utilizar las palabras de presentación de las presidentas de la organización: Dorothy Jones y Joanne McCloskey: "Esta Conferencia, resaltaré el estado actual, los avances recientes y las futuras tendencias del lenguaje de enfermería, particularmente NANDA, NIC y NOC, en el contexto de la comunidad informática. Tratará del futuro desarrollo e integración de diagnósticos, intervenciones y resultados e informará del actual esfuerzo conjunto para desarrollar una nueva estructura organizativa unificada para estos tres lenguajes. Juntas podemos continuar influyendo globalmente en el desarrollo del lenguaje y dar directrices para avanzar en la práctica, formación e investigación."

Ha sido la primera vez que se ha organizado una conferencia conjunta de las tres taxonomías: NANDA, NIC y NOC, esto ya da una idea de que existe un propósito de integración.

Del programa, podemos comentar que la Conferencia fue estructurada en base a sesiones generales y sesiones simultáneas, con lo cual siempre ocurre que hay sesiones interesantes a las que se puede asistir. El miércoles 10 de abril, tuvo lugar la pre-conferencia, donde se trabajó con estudio de casos, la introducción básica de los Lenguajes estandarizados, diagnósticos, intervenciones y resultados.

Desde el primer momento la acogida fue especialmente calurosa para los participantes de fuera de los Estados Unidos. En la primera sesión, tuvieron el detalle de mencionar a cada país (21) del que había asistentes, para hacer la presentación oficial y saludarnos con un aplauso. Nuestra asistencia a la Conferencia de Chicago, fue realmente bien aprovechada.

Colaboración NANDA -AENTDE

El día previo a la conferencia, tuvimos la reunión programada de las "Editoras Internacionales Asociadas" de la revista de la NANDA. Nos reunimos las representantes de Brasil, Holanda, Japón y España, la representante francesa excusó su asistencia. En el próximo número os comentaremos con más detalle los acuerdos alcanzados, de momento, seguimos colaborando en la traducción de los abstracts de los artículos y enviando puntual información de nuestras actividades.

En la tarde del jueves 11 de abril, mantuvimos la reunión programada del Comité Internacional, nuestros objetivos eran: concluir la preparación de las presentaciones del Panel Internacional y comentar algunas propuestas realizadas por los miembros del Comité Internacional a la Junta Directiva de la NANDA, que se tratarían en la Asamblea General.

Mercedes Ugalde Apalategui

SUMARIO

 Editorial *pág 2*

 Asamblea General de
Socios. *pág. 3*

 Biblioteca . *pág 4*

 Agenda . *pág 7*



www.ub.es/aentde



El Correo de la AENTDE es el órgano informativo de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería

COMITÉ DE REDACCIÓN

**Adolf Guirao Goris
Marta Fernández Corcuera
Mercedes Arias Hernández
Lourdes Chocarro
Paloma Salvadore**

JUNTA DIRECTIVA

**Mercedes Ugalde (Presidenta)
M^a Isabel Saracibar (Vicepta)
Dosi Bardají (Secretaria)
Lidia Marbà Mas(Tesorerera)
María Girbes Fontana (Vocal I)
M^a Jesús Ladrón (Vocal II)
Rafael del Pino (Vocal III)
Adolf Guirao (Vocal IV)
Nieves Montesinos(Vocal V)
Rosa González (Vocal VI)
Francisca Pérez (Vocal VII)**

**DIRECCIÓN POSTAL
AENTDE**

**Escuela de Enfermería
Universitat de Barcelona
Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet
Barcelona**

**TELÉFONO
934 035 731**

**DIRECCIÓN ELECTRÓNICA
aentde@bellub.es**

**PÁGINA WEB
<http://www.ub.es/aentde/>**

**DEPÓSITO LEGAL
B-41810-1997
ISSN: 1138-350K**

En los últimos años se inició un proceso de cambio en la práctica de la enfermería con la introducción de programas informáticos que facilitan la realización de los cuidados. Hasta entonces, los intentos de realizar planes de cuidados que respondiesen a los modelos ampliamente aceptados, que desarrollaban la función central de la enfermería como profesión de cuidados, llevaban a una constante frustración. Las dificultades para escribir a mano la valoración, diagnósticos y programación de los cuidados hacia inviable, ante las numerosas tareas de las enfermeras, la ejecución de estos modelos. Ahora, algunos programas informáticos han ayudado a solventar estas dificultades y, hoy, todos reconocen como posible, en cualquier unidad de enfermería, el despliegue de todas las potencialidades que tienen los modelos de enfermería centrados en los planes de cuidados.

La progresiva descentralización del Sistema Nacional de Salud en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas ha tenido efectos muy beneficiosos desde la gestión y efectividad sanitarias, pero también ha creado problemas y preocupaciones para los profesionales y para los ciudadanos. Es comprensible que las últimas transferencias sanitarias conlleven los deseos de alentar las iniciativas propias de cada Comunidad Autónoma. Pero también conviene reparar en las consecuencias desfavorables que podría tener una fuerza centrífuga sin el contrapeso necesario de la correspondiente fuerza centrípeta capaz de asegurar una alta efectividad. La movilidad de los profesionales, las condiciones de trabajo y las facilidades para la atención de los usuarios, son algunos de los problemas que se suscitan en todos los ámbitos. Pero también algunas cuestiones de método y procedimientos deben verse con una perspectiva de convergencia para alcanzar mayor efectividad global. Porque de lo contrario, lo que parece un enriquecimiento puede convertir en un factor de debilitamiento del sistema sanitario. La experiencia de la Unión Europea y de las uniones o alianzas económicas, científico-tecnológicas o políticas en todo el mundo, ilustran las ventajas de la confluencia frente a los riesgos del aislamiento. En el fondo y en las formas conviene una reflexión sobre la necesaria convergencia de la práctica de enfermería, es decir, sobre los objetivos y métodos a unificar. Durante dos décadas, en España se ha hecho esta reflexión y nadie duda que los distintos modelos de cuidados de enfermería se ajustan bastante bien a la configuración definitiva de la enfermería como una profesión para los cuidados. Todavía subsisten algunas posiciones que mas bien hacen hincapié en el papel de la enfermería a través de intervenciones con mayor o menor contenido técnico o tecnológico, al margen de una planificación de los cuidados. Por otra parte, las últimas transferencias sanitarias han vuelto a poner a la orden del día, la conveniencia de la convergencia metodológica, no solo en la cuestión central los cuidados de enfermería sino también en las cuestiones instrumentales: nomenclatura, diagnósticos de enfermería, etc. Lo que está en juego no solo es lo que debe hacer la enfermería sino también la fuerza de su elaboración mas refinada y consolidada los planes de cuidados así como su capacidad y facilidad para un intercambio internacional en aspectos asistenciales, docentes o investigadores. En la historia de las ciencias, de la economía o de las profesiones, esta capacidad y facilidad para el intercambio ha sido siempre un factor de desarrollo ininterrumpido, mientras que la incapacidad o la dificultad para hacerlo han sido siempre un factor de estancamiento. Hoy la convergencia en el modelo profesional, en la utilización de sistemas informáticos para facilitar los planes de cuidados, y en aspectos cruciales de la gestión sanitaria de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas aparecen como un problema, una preocupación y un reto que debemos resolver.

*Informatización,
descentralización
sanitaria y convergencia
de métodos y objetivos.*

Rosa González Gutiérrez-Solana

Asamblea General de Socios de AENTDE

A Coruña 9 de mayo de 2002

El pasado día 9 de mayo tuvo lugar en A Coruña la Asamblea General Ordinaria que anualmente celebra nuestra asociación con el fin de rendir cuentas a los socios y reencontrarnos con estos. Contó con la asistencia de 36 socios mas nueve miembros de la Junta.

Entre los asuntos que se trataron en la Asamblea cabe destacar:

- Aprobación de la modificación de los estatutos. La Asamblea aprobó por unanimidad la propuesta de modificación de estatutos, previa propuesta a los socios de incluir este punto en el orden del día.

- Presentación de la memoria correspondiente al periodo comprendido entre octubre de 2001 y mayo de 2002. En ella se resumieron las distintas actividades desarrolladas por la Asociación durante este periodo. Hay que destacar la asistencia de nuestra Presidenta, Mercedes Ugalde a la XVª Conferencia de la NANDA, celebrada en Chicago (EEUU), en el pasado mes de abril y de la que en este número se da información. También se informó a cerca de los proyectos en que la asociación sigue trabajando como son: la conceptualización del pensamiento enfermero, el Grupo de Consenso de la Traducción de Etiquetas de las Taxonomías NANDA, NIC, NOC, la Validación del Contenido de la Taxonomía NANDA y el Proyecto de Planes de Cuidados Estandarizados.

También se informó del movimiento de socios. A fecha de uno de mayo el número de socios de AENTDE es de 328.

La tesorera presentó el balance y estado de cuentas del ejercicio 2001, así como del presupuesto para el año 2002, ambos fueron aprobados por unanimidad. Por otra parte se procedió a la celebración de las elecciones de los cargos vacantes de la junta Directiva. Las

Nueva Junta Directiva

Presidenta:

Mercedes Ugalde Apalategui

Vicepresidenta:

Mª Isabel Saracibar Razquin

Secretaria:

Dosi Bardají i Fandos

Tesorera:

Lidia Marbà Mas

Vocal I:

María Girbes Fontana

Vocal II

Mª Jesús Ladrón San Ceferino

Vocal III

Rafael del Pino Casado

Vocal IV

Josep Adolf Guirao i Goris

Vocal V

Nieves Montesinos Afonso

Vocal VI

Rosa González Gutiérrez-Solana

Vocal VII

Francisca Pérez Robles.

vocalías vacantes eran la Vª, VIª y VIIª, representadas por las señoras Rosa González Gutiérrez-Solana, Nieves Montesinos Afonso y Francisca Pérez Robles, respectivamente, las cuáles presentaron de nuevo su candidatura a la vocalía correspondiente, siendo elegidas nuevamente para sus cargos por unanimidad de la Asamblea.

Teodosia Bardaji. Fandós

Reforma de los estatutos.

La reforma realizada de los estatutos se hizo de acuerdo con la propuesta planteada por la Asamblea General de 2000. Esta propuesta fundamentalmente se caracteriza porque el cargo de presidenta se provee con aquellos candidatos de la Junta Directiva que se presenten al cargo de vicepresidenta.

El mecanismo de elección de la vicepresidenta y presidenta es el siguiente: la vicepresidenta es elegida entre los miembros de la Junta Directiva que se presenten como candidatas. Su periodo de mandato es de tres años. Tras este periodo la presidenta cesa automáticamente en el cargo, la vicepresidenta toma posesión del cargo de presidenta y nuevamente se procede a la elección de vicepresidenta.





III Jornadas de trabajo AENTDE: NIC y NOC

LA DRA. GLORIA BULECHECK Y LA DRA MARION JHONSON EXPUSIERON EN ÁVILA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC) Y DE RESULTADOS (NOC)

El pasado 26 y 27 de octubre del 2001, se celebraron en Ávila las III jornadas de trabajo AENTDE. Nos reunimos en torno a 250 profesionales interesados en los temas que que trabaja nuestra asociación.

El título de las jornadas de este año fue: "HACIENDO VISIBLE LA CALIDAD ENFERMERA: NIC Y NOC".

Para conseguir los objetivos propuestos por el comité organizador contamos con dos oradoras de relevancia en el tema tratado. De una parte volvimos a contar con la preciada ayuda de la Dra. Gloria Bulechek, investigadora principal del proyecto NIC y con la no menos preciada colaboración de la Dra. Marion Johnson, investigadora principal del proyecto NOC.

Los contenidos de la jornada fueron:

El día 26 todo versó en cuanto a la conceptualización sobre la NIC Y la NOC, así como sobre las estrategias de su aplicación práctica. Como ilustración de su actuación las oradoras propusieron el estudio de casos, con gran participación del público.

El día 27 continuamos trabajando casos y más tarde las dos oradoras expusieron magistralmente los enlaces NANDA, NIC Y NOC.

Todos los participantes apreciaron el gran avance que esto supone para nuestra práctica, dado la unificación del lenguaje y la agilidad que esto supone en su aplicación en los procesos enfermeros.

La última exposición estuvo a cargo de Gloria

Bulechek que nos explicó las ventajas de la utilización del lenguaje estandarizado en la formación enfermera. Es imprescindible que las enfermeras de la práctica asistencial utilicen el mismo discurso profesional que los estudiantes y estos a su vez que sus profesoras, y sus profesoras a su vez entre ellas mismas. Todos nos entenderemos mejor cuando nombres de la misma manera aquello que es igual igual. Solo así uniremos esfuerzos y podremos avanzar profesionalmente.

El clima de desarrollo y participación en las jornadas fue muy agradable y provechoso. Hubo gran participación del público tanto en el auditorio como en los "pasillos", dado la gran disponibilidad que en todo momento mostraron las oradoras.

A modo de conclusión hemos de decir que el balance científico fue muy positivo ya que las jornadas fueron muy bien evaluadas por los participantes. AHHH!!!! muy buenas las yemas de Sta Teresa.

Francisca Pérez Robles

IV JORNADAS DE TRABAJO AENTDE NANDA - NIC - NOC Barcelona, octubre de 2003

Para más información visita periódicamente nuestra web:

www.ub.es/aentde

Razonamiento clínico.

Arte y ciencia del pensamiento
crítico y creativo

Daniel J. Pesut & Joanne Herman

La enseñanza del razonamiento clínico a lo largo de 30 años ha llevado a los autores a escribir este libro en el que se propone un nuevo abordaje de la metodología de cuidados y el razonamiento clínico. Desde una nueva perspectiva, los autores identifican tres etapas de aplicación de la metodología de cuidados según el desarrollo conceptual de la época.

En una primera etapa (1950-1970), se centró en los problemas y los procesos, la metodología de cuidados era un método de resolución de problemas. En una segunda etapa (1970-1990), el proceso enfermero se focalizaba en el diagnóstico y el razonamiento clínico pasando el proceso enfermero a tener cinco etapas. Finalmente, los autores identifican una tercera etapa (1990 -actualidad) que fundamentalmente se centra en los resultados, en un complejo análisis de las múltiples condiciones del cliente y en el pensamiento crítico.

Los autores desarrollan un nuevo abordaje de la metodología enfermera que se denomina Modelo de Análisis de Resultados del Estado Actual - AREA (Outcome-Present State-Test Model —OPT). Este modelo, según los autores proporciona una estructura para el razonamiento interactivo necesario para la práctica enfermera actual. El modelo AREA comienza con la historia del cliente. La historia del cliente en su contexto proporciona hechos y señales que se encuentran enlazados entre sí en una cadena lógica. Estos enlaces proporcionan el conocimiento necesario para determinar un marco en el que se sitúan los resultados esperados, el estado actual y las pruebas necesarias para determinar si los resultados se han cumplido.

El modelo AREA se basa en los planteamientos que Benner, Tanner y Chesla realizan al identificar los atributos del razonamiento clínico experto. El modelo ha sido diseñado por los autores para representar el pensamiento dinámico, concurrente, crítico y creativo que las enfermeras despliegan cuando razonan ante una situación clínica. Los procesos que se dan en este modelo son la reflexión, el enmarcado, razonamiento lógico basado en señales, realización de pruebas, toma de decisiones y juicios. Los diagnósticos enfermeros son un elemento necesario en todo este proceso dado que representan el vocabulario clínico que ayuda y permite interpretar, categorizar y decodificar mensajes y clarificar los significados de la información.

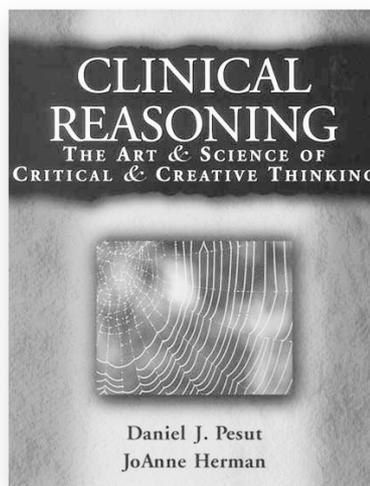
Una de las etapas fundamentales del modelo AREA es el proceso de enmarcado, dado que será este el que nos oriente con posterioridad en la selección de los resultados esperados. Pone un ejemplo que ilustra de forma gráfica el proceso de enmarcado en el que incita a la reflexión: «El Sr George Appleton es un anciano de 99 años que se encuentra ingresado en cuidados intensivos diagnosticado de fallo renal en estado terminal. Si se enmarca esta situación como «mantener vivo al Sr. Appleton y mantener una diuresis de 30 cc a la hora» ¿cómo guiará este marco nuestros pensamientos y acciones?. Nuestro pensamientos y acciones serán diferentes si el «marco» o la lente que usamos para observar esta situación es «promover una muerte tranquila» ¿Cómo cambiarán nuestros pensamientos y acciones desde estas dos diferentes perspectivas?»

Otra de las innovaciones que se describen en el presente libro es la red de razonamiento clínico que permite sintetizar en un pequeño esquema las relaciones existentes entre las distintas hipótesis diagnósticas.

Finalmente se ha de comentar que se ponen diferentes ejemplos de utilización de esta metodología en diferentes contextos como el enfoque del bienestar,

la atención primaria, o los cuidados en pacientes agudos y sistemas de clasificación como NANDA, Omaha o DSM-IV.

En definitiva, un libro de recomendable lectura.



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Pesut, DJ; Herman, J. *Clinical Reasoning. The art and science of critical and creative thinking.* Albany: Delmar Publishers. 1999

Josep Adolf Guirao Goris

5

Biblioteca

EL CORREO ALENTEDE



Vol V
Nº 1

Actualización en validación de diagnósticos enfermeros.

Rafael del Pino Casado

En el año 1998 aparecieron en El Correo AENTDE dos artículos donde se hacía una revisión de las principales líneas de investigación en el campo del diagnóstico de enfermería(1, 2). El presente trabajo pretende servir de continuación de los mencionados artículos, completándolos y actualizándolos en el apartado de los estudios de validación. Para tal fin partiremos de una breve perspectiva histórica, recordaremos algunas nociones y terminaremos con algunas conclusiones válidas.

En líneas generales, los estudios de validación de diagnósticos enfermeros han alcanzado su adecuado desarrollo teórico en el seno de la North American Diagnosis Nursing Association (NANDA), algunas de cuyas conferencias y reuniones, han servido de motor de debate de este tema (3).

Tal y como afirma Hoskins (4), el artículo clásico sobre validación de diagnósticos enfermeros es el escrito por Gordon y Sweeney (5). En él establecen que "el proceso de validación consiste en determinar si las características definitorias identificadas a priori se manifiestan agrupadas en un número suficiente de casos", y proponen tres modelos para identificar y validar diagnósticos enfermeros: el modelo de identificación retrospectiva, el modelo de validación enfermera y el modelo clínico.

Para los interesados en una perspectiva histórica, Dougherty et al (6), presentan una relación de artículos sobre validación de diagnósticos enfermeros clasificados por los Patrones de respuesta Humana de la NANDA, desde 1950 a 1993.

Clásicamente se han descrito tres tipos de validez(7),(8): de contenido, de criterio y de constructo. Kerr(9), respecto de los tipos de validez y su relación con la validación de diagnósticos, afirma que la validez de contenido de un diagnóstico concreto está determinada por la evaluación de la adecuación de las características definitorias, que la evaluación de la validez de criterio de una taxonomía consiste en el análisis o comparación de ésta con un segundo concepto (por ejemplo, la edad) y que la validez de constructo de una taxonomía enfermera podría ser medida analizando relaciones hipotéticas basadas en relaciones teóricas.

En el terreno de la validación de diagnósticos enfermeros, suelen ser más habituales los estudios sobre validez de contenido, y en menor medida los que versan sobre la validez de constructo y la validez de criterio(10).

A pesar de que Gordon recomienda que la etiqueta y la definición diagnóstica no sean objeto de inves-

tigación(11), en la práctica nos encontramos con que, dentro de los estudios sobre validez de contenido, pueden diferenciarse dos tipos: los referidos a la adecuación de las características definitorias de un determinado diagnóstico (tal y como comentan los autores anteriormente referenciados) y los relativos a la comprensión de un diagnóstico concreto (la etiqueta, la definición o ambas cosas). Los trabajos de validación realizados sobre la Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera (CIPE)(12), abarcan ambos aspectos.

Utilizando este enfoque, los estudios sobre comprensión podrían considerarse como paso previo a los estudios verdaderamente concluyentes sobre la validez de contenido, y como escalón necesario cuando se trata de salvar diferencias transculturales en taxonomías creadas en otros países (13).

Whitley(14), (15), coincide con Hoskins (16), (4) , en afirmar que este paso previo constituye la primera etapa de la validación de contenido, y consiste en un análisis de concepto, que tiene como finalidad desarrollar una definición operativa del diagnóstico. Waltz, Strickland y Lenz (17) identifican cinco pasos a seguir en este proceso: 1) desarrollo de la definición teórica del diagnóstico, 2) especificación de las variables derivadas de la definición teórica, 3) identificación de indicadores observables, 4) desarrollo de la manera de medir los indicadores y 5) evaluación de la adecuación de las definiciones operacionales resultantes.

La validez de contenido propiamente dicha se puede medir por muchos métodos, pero en la práctica el método más utilizado ha sido el propuesto por Fehring (18). Este autor propone dos tipos de validez y distintos tipos de procedimientos para medirla, dentro de la validez de contenido medida mediante métodos cuantitativos estandarizados: a) La validez por expertos (a través de la opinión de expertos), que se mide mediante el modelo de validación de contenido diagnóstico (diagnostic content validation model) y b) La validez clínica (mediante la obtención de información clínica), con las siguientes pruebas: la validez diagnóstica clínica (clinical diagnostic validity) y una modificación de la anterior: la validez diagnóstica clínica centrada en el paciente (patient-focused clinical diagnostic validity).

Desde esta perspectiva, los estudios de validez de contenido basados en la opinión de expertos podrí-



Viene de página 6

an considerarse como exploratorios o intermedios y los clínicos más definitivos, sin llegar a ser concluyentes (13). En este sentido, Whitley (14) afirma que es apropiado que el análisis de concepto y la validación por expertos precedan a la validación clínica.

Tal y como afirman distintos autores (4), (14), la mayoría de los estudios de validación realizados se basan en los métodos estandarizados de Fhering, y dentro de estos, la mayoría hacen referencia a la validez por expertos.

No obstante, la validez de contenido, aún con todas las fases descritas anteriormente, no puede considerarse concluyente. En este sentido, Parker y Lunney (10) afirman que la validez de contenido es sólo un proceso sistemático para explorar las suposiciones de los expertos. Por otro lado, Hoskins4 afirma, citando a la American Psychological Association (19), que la validación debería incluir evidencia proveniente de las tres categorías (contenido, criterio y constructo).

Generalmente, los estudios sobre validez de contenido se realizan mayoritariamente mediante diseños cuantitativos y los que tratan sobre validez de constructo, con estudios cualitativos (13). No obstante, las propuestas metodológicas para estudiar validez de constructo se orientan más bien hacia la perspectiva cuantitativa. Así, Parker y Lunney (10) describen los siguientes métodos para medir validez de constructo: fiabilidad, estudios epidemiológicos, estudios de resultados, análisis causal y generabilidad (validez externa). Por otro lado, Schroeder (20), recomienda la utilización de métodos multivariantes para incrementar la validez de constructo de los diagnósticos enfermeros.

Así, con todo lo expuesto podemos finalizar con dos conclusiones:

a) La validación es un proceso complejo que se construye a partir de evidencias provenientes de distintos estudios (preferentemente en distintos sitios) y de diversos métodos de validación (y no sólo con la validez de contenido) (4).

b) El proceso de validación puede estar formado por las siguientes fases (4), (14): 1ª) análisis de concepto, 2ª) validación de contenido por expertos, 3ª) vali-

dación de contenido clínica y 4ª) buscar más evidencias a partir de estudios de fiabilidad y análisis factorial, que van a estar relacionados fundamentalmente con la validez de constructo (10).

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Del Pino Casado, R. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros (I). Correo AENTDE, 1998. 2(1): 2-3.
- 2.- Del Pino Casado, R. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros (II). Correo AENTDE, 1998. 2(3): 4-5.
- 3.- NANDA & Case Western Reserve University, Frances Paine Bolton School of Nursing. Monograph of the Invitational Conference on Research Methods for Validating Nursing Diagnoses. Palm Spring. Abril 1989.
- 4.- Hoskins LM. How to do a validation study. En: Rantz MJ, LeMone P (Ed). Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the Twelfth Conference. Glendale, CA: CINAH Information Systems. 1997. 79-86.
- 5.- Gordon M, Sweeney M. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. Adv Nurs Sci, 1979. 2(1):1-15.
- 6.- Dougherty CM, JanKin Jk, Lunney MR, Whitley GG. Conceptual and research-based validation of nursing diagnoses: 1950 to 1993. Nursing Diagnosis. 1993. 4(4):156-165.
- 7.- Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª edición. Interamericana McGraw-Hill. México. 1994.
- 8.- Ugalde M, Rigol A. Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Barcelona: Mason, 1995.
- 9.- Kerr M, Hoskins LM, FitzpatrickKJJ et al. Taxonomic validation, an overview. Nursing Diagnosis, 1993. 4(1):6-14.
- 10.- Parker L, Lunney M. Moving Beyond Content Validation of Nursing Diagnoses. Nursing Diagnosis, 1998. 9(4):144-150.
- 11.- Gordon M. Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación. 3ª Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid. 1996.
- 12.- International Council of Nursing. International Classification for Nursing Practice. Version alfa. I.C.N. 1996.
- 13.- Del Pino R, Ugalde M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enfermería Clínica. 1999. 9(3):115-120.
- 14.- Whitley GG. Process and methodologies for research validation of nursing diagnoses. Nursing Diagnosis, 1999. 10(1):5-14.
- 15.- Whitley GG. Concept analysis as foundation to nursing diagnosis. Nursing Diagnosis 1995. 6:91-92.
- 16.- Hoskins LM. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. En: Carroll-Johnson RM (Ed.). Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the Eight Conference. Philadelphia: Lippincott. 1989. 126-131.
- 17.- Waltz LO, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing research (2nd ed.). Philadelphia: FA Davis. 1991.
- 18.- Fehring, R.J. Methods to validate nursing diagnosis. Heart & Lung, 1987. Vol. 16, nº 6: 625-629.
- 19.- American Psychological Association's Committee to develop Standards for educational and psychological testing. Washington DC: American Psychological Association. 1985.
- 20.- Schroeder M. Tool development: Validity related to nursing diagnosis. In: Monograph of the invitational conference on research methods for validating nursing diagnoses. St Louis: NANDA. 1989. 114-120.

Agenda

Noviembre 2002

12ª Jornadas de Estudio
Europeas de AFEDI
ARLES (Francia)
14 y 15 de noviembre de 2002

Marzo 2003

4ª Conferencia Europea
de ACENDIO
PARIS (Francia)
20-22 de marzo 2003

Octubre 2003

IV Jornadas de Trabajo
AENTDE

NANDA-NIC-NOC

Barcelona,
octubre de 2003

Para más información:
aentde@bell.uib.es

7

El meridiano de los
diagnósticos

EL CORREO AENTDE



Vol V
Nº 1