

**VALIDACIÓN DE CONTENIDO DIAGNÓSTICO DE
ENFERMERÍA, NANDA (00285) “DISPOSICIÓN PARA
MEJORAR EL DUELO”**

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO DE FIN DE GRAFO (TFG)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEDE LA PALMA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Junio 2022

AUTORA: SAFÍA AHMED BUYEMA

PROFESOR: MARTÍN RODRÍGUEZ ÁLVARO.

Resumen.

Recientemente la taxonomía NANDA ha incluido el diagnóstico “disposición para mejorar el duelo”, el cuál ha sido aprobado en el año 2020, con una evidencia de 2.1, el cual se compone de una etiqueta, definición, características definitorias, y factores relacionados o de riesgo y referencias bibliográficas. En el presente trabajo se explicará la elección del panel de expertos y técnica Delphi descrito por el método Fehring (1987), el cuál será necesario para la validación de dicho diagnóstico, recientemente añadido.

Palabras clave: Validación de contenido diagnóstico, diagnóstico de enfermería, Disposición para mejorar el duelo, NANDA-I.

Abstract

Recently, the NANDA taxonomy has included the diagnosis "disposition to improve grief", which has been approved in 2020, with evidence of 2.1, which is made up of a label, definition, defining characteristics, and related or risk factors. and bibliographical references. In the present work, the choice of the panel of experts and the Delphi technique described by the Fehring method (1987) will be explained, which will be for the validation of said recently added diagnosis.

Keywords: Validation of diagnostic content, nursing diagnosis, Disposition to improve grief, NANDA-I.

Índice.

1. Introducción.	6
1.1Concepto de duelo.....	6
2. Antecedentes.	9
2.1 Fundación NANDA Internacional.	9
3. Justificación.	11
3.1 Glosario de términos propuestos por NANDA-I.....	12
3.2 Ejes multiaxiales.	13
3.3 Criterios de evidencia, proceso para el envío y revisión de diagnósticos.	14
3.4 Niveles de evidencias 1 (NDE 1).....	14
3.5 Niveles de evidencias 2 (NDE 2).....	15
3.6 Niveles de evidencia 3 (NDE 3)	16
3.7 Elementos que configuran un nuevo diagnóstico.....	16
4. Desarrollo	18
4.1 Metodología.....	18
4.2 Objetivos.....	19
4.3 Diseño.....	20
4.4 Procedimiento.....	20
4.5 Variables e instrumentos de medida.	21
4.6 Técnica Delphi.	22
4.7Validación Contenido Diagnóstico.	24

4.8 El método Fehring	24
4.9 Características definitorias “disposición para mejorar el duelo” (NANDA 00285).....	27
5. Bibliografía.	28

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 CONCEPTO DE DUELO.

El duelo corresponde a un proceso psicológico doloroso, en muchas ocasiones llegando a ser impredecible. El duelo es una respuesta emocional de una persona ante la experiencia de una pérdida. Se trata de una experiencia inevitable que todo ser humano experimenta en alguna ocasión durante el curso de la vida. ⁽¹⁾

El existir individuo necesita de los vínculos humanos y sentimentales para prospera y desarrollarse. En cualquiera de esos vínculos, se produce una ruptura, un período de gran implantación afectiva, al que llamamos duelo. Si el daño es radical y concluyente, como es el fallecimiento, todas las esferas, aquellas emocionales, cognitivas, conductuales y sociales se ven alteradas. El sujeto, en un momento determinado puede llegar a sentirse improductivo e incompetente para vencerlo, llegando a abocar en un duelo patológico el cual necesitará de la intervención y colaboración de los equipos de enfermería, para en la medida de lo posible restablecer su vida a un estado deseable. ⁽²⁾

Son diversos los factores que se interponen en el tipo de duelo, como las particularidades que provocaron el fallecimiento, si ocurrió de manera natural, suicidio, homicidio, accidente o no determinada. Qué tipo de vínculo se establece entre el fallecido y el individuo susceptible de sufrir duelo patológico y qué antecedentes tiene aquella persona susceptible de sufrirlo y el contexto socio familiar.

Cuando una persona se enfrenta a una pérdida, especialmente cuando se enfrenta a la muerte, uno desarrollo duelo. En otras palabras, es una respuesta adaptativa emocional que ocurre naturalmente y consta de varias etapas y aunque, cada persona puede responder de distinta manera al duelo, a continuación, se nombran en orden cronológico más frecuente en el que suelen aparecer:

Según las teorías tradicionales, y aunque la literatura del duelo ha sido definida por muchos autores, La negación forma parte de la primera etapa del duelo, uno se niega a creer que hay una pérdida. Por lo tanto, el papel de la enfermera es brindar apoyo oral al paciente sin aumenta la negación y examinar su comportamiento para asegurarse que no

comparte la negación del paciente, solo en esa ocasión se podrá iniciar una relación de apoyo que conduzca a la evolución favorable del paciente.

La segunda fase se determina que es la ira, en esta segunda etapa, los pacientes y sus familias pueden enojar a las enfermeras y al resto del personal sanitario por temas que generalmente no le molestarían ni serían relevantes para ellos. El papel enfermero en esta etapa de la ira es ayudar al paciente a comprender que la ira es una reacción normal. Evite las represalias ante tal pérdida, es decir, las enfermeras no deben tomar su enfado como algo personal y proporcionar unos cuidados estructuras y continuos para promover una sensación de seguridad.

La tercera fase corresponde a la negociación, en esta etapa uno intenta negociar para evitar pérdidas, expresando temor de ser castigado por la culpa y los pecados pasados, sean reales o imaginarios, por lo tanto, el papel de la enfermera es escuchar atentamente y hablar con el paciente para alentarlo a aliviar su condición de culpa y medios irrazonables.

Es evidente que, la forma de vivir y de morir no se asemejan a medida que el tiempo avanza, muchas personas de las que actualmente mueren lo hacen en una institución sanitaria. Anteriormente, era todo lo contrario, se daba la vida en el hogar y se daba el último adiós también en un ámbito cuánto menos sanitario. ⁽³⁾

La cuarta etapa cronológica del duelo corresponde a la depresión, estado de ánimo en los que manifiesta su tristeza por lo que ha ocurrido y por último y el más importante y al que queremos llegar en esta investigación es la aceptación.

En los años 60 la profesora de enfermería y teórica, Madeleine Leininger crea el concepto de enfermería transcultural la cual se define como *“área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencia de salud o enfermedad, valores o prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”*

Para destinar cuidados de enfermería durante el duelo es de vital importancia entender que el duelo se entiende de una manera u otra según la cultura, la creencia, valores, comportamientos, tradiciones y rituales que representa a una cultura. Cada civilización conserva su peculiar conformación respecto a la interpretación de la vida y qué acontece en el último momento de vida y qué sucederá tras la muerte. ⁽⁴⁾

“En 1977, la Asamblea Mundial de Salud decidió que la principal meta social de los Gobiernos y de la OMS debía ser que todas las personas para el año 2000 deberían tener un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva”. “En 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata) aclaró que la atención primaria sería la función central del Sistema Nacional de Salud y parte integrante del desarrollo social y económico”.⁽⁵⁾

La muerte es el implacable destino que todo ser humano experimentará, siendo el luto la unidad de expresión ante la muerte, demostrándose que el duelo es dolor físico y emocional.

Las estadísticas demuestran que una persona que tiene un riesgo de duelo complicado o duelo complicado, se estima que recurrirá a los servicios sanitarios un 80% más que quien no.⁽⁶⁾

La taxonomía NANDA-I es la taxonomía enfermera más utilizada en el gremio, la cual proporciona una terminología estandarizada sobre diagnósticos enfermeros, actualmente se encuentran tres diagnósticos enfermeros acerca del duelo; Duelo, Riesgo de duelo complicado y Duelo complicado, cuyas etiquetas se encuadran en el dominio 9 el cual se denomina Afrontamiento/tolerancia al estrés, pero a su vez también se encuadra en el dominio 2, siendo el dominio 9 la convivencia con eventos y procesos vitales y el dominio 2 se describen como procesos necesarios para la gestión del estrés del entorno.⁽⁷⁾

2. ANTECEDENTES.

2.1 FUNDACIÓN NANDA INTERNACIONAL.

A principios de los 70, en Estados Unidos, detectan que las enfermeras pueden diagnosticar y tratar hechos independientes tanto a pacientes como a la familia y a la comunidad, y no solo los médicos como hasta ese momento se creía.

En St. Louis en 1973 se crea la denominación y clasificación de los diagnósticos de enfermería, no es hasta 1986 cuando la American Nursing Association (ANA) remite a la Organización Mundial de la Salud dicha clasificación para ser incluida en la International Classification of Diseases (ICD), aunque fue en 1989 cuando ANA declara a la NANDA como una organización independiente y oficial de la ICD, la cual permitiría y permitirá la clasificación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. ⁽⁸⁾

Inicialmente dicha taxonomía solo se utilizaba en los Estados Unidos y Canadá, más de 40 años después han inspirado y motivado a las enfermeras de todo el mundo las cuales permiten el desarrollo y el refinamiento de la taxonomía, ya que se trata de un esfuerzo global pues se reciben todos los años nuevos diagnósticos procedentes de miembros de Norteamérica, Europa y Asia. ⁽⁹⁾

Los diagnósticos de enfermería de la taxonomía son un trabajo voluntario de la NANDA-I, cuyos diagnósticos recaen sobre una definición basada en la evidencia, cada diagnóstico de enfermería es discutido y refinado por un Comité de Desarrollo Diagnóstico (CDD) antes de ser enviado a la NANDA-I para su aprobación.

El proceso actual de revisión para la aceptación de diagnósticos nuevos y revisados dentro de la terminología se lleva a cabo por el comité directivo de la NANDA-I la cual se encuentra en constante formación ya que se esfuerza por encontrar la mejor evidencia, www.NANDA.org actualiza en cada momento cuales serán los recursos necesarios para la aceptación de un diagnóstico. ⁽¹⁰⁾

Una vez se envía el diagnóstico a NANDA-I se establecen 3 niveles de evidencia con sus respectivos subniveles, según los criterios obtenidos y aceptados por la asociación se estimará un nivel de evidencia (NDE) ⁽¹¹⁾.

NANDA-I (2008) define el diagnóstico enfermero como el juicio que formulan las enfermeras sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a las afecciones o procesos vitales, siendo responsabilidad de la enfermera la monitorización de las respuestas del paciente, de la adopción de decisiones que culminarán en un plan de cuidados y de la ejecución de las intervenciones, incluyendo la colaboración interdisciplinar.

Para entender mejor la taxonomía es necesario conocer los términos aceptados por dicha asociación, se trata de mantener una terminología estandarizada, pues dicha taxonomía, se utiliza en más de 40 países del mundo y es por ello por lo que los conceptos sean lo más uniformes y equivalentes de una sociedad a otra, para ello NANDA propone una serie de términos que permitan dar significado y conocimiento. ⁽¹¹⁾

La undécima (2018-2020) clasificación de diagnósticos de enfermería fijaba tres diagnósticos de enfermería acerca del duelo, siendo: *Duelo*, *riesgo de duelo complicado* y *duelo complicado*. En la siguiente edición (2021-2023) y tras varios estudios durante los años y de varios cambios, finalmente los diagnósticos sobre el duelo en esta nueva edición son: Disposición para mejorar el duelo, riesgo de duelo no adaptativo y duelo no adaptativo. ⁽¹²⁾

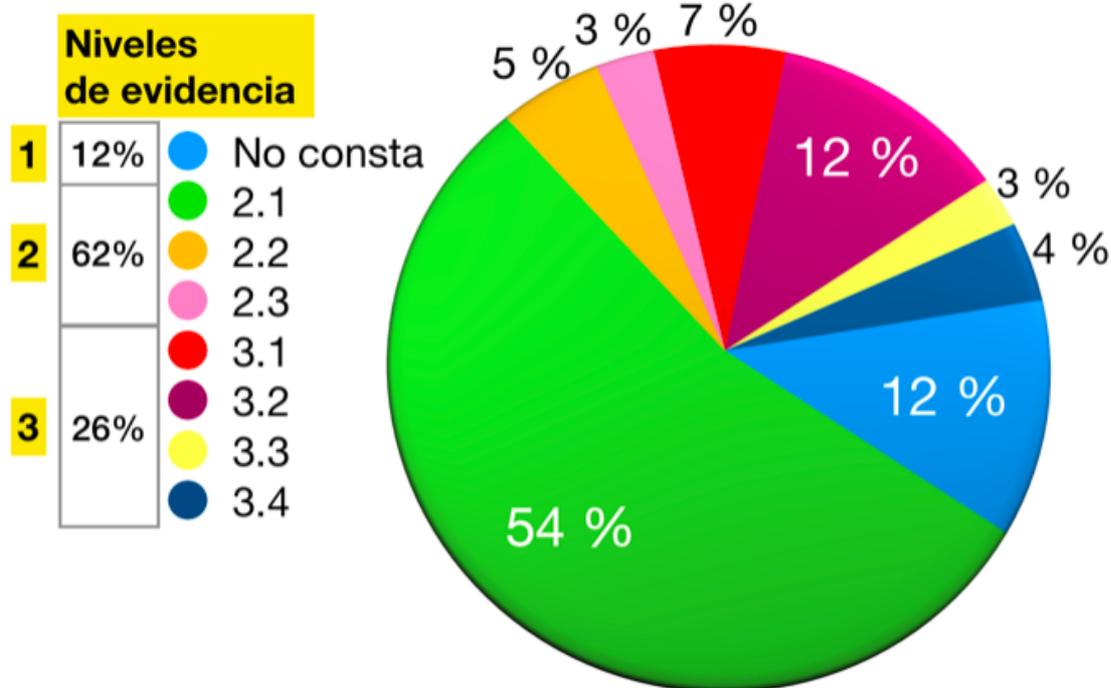
3. JUSTIFICACIÓN.

La NANDA-I, además de dar sentido y nociones disciplinares relacionadas con la metodología y la enfermería, también pretende, por un lado: por un lado, ser un punto de partida para estimular el debate y construir conocimiento enfermero, y, por otro lado, un desafío que ayuda a estandarizar y ordenar la práctica profesional, por lo que NANDA-I propone el siguiente glosario de términos.

La clasificación NANDA-I 2021-2023 proporciona información sobre los niveles de evidencia científica por los cuales se categorizan los diagnósticos de enfermería. En esta nueva versión se introdujo un nuevo sistema de clasificación de evidencias, que se trata de seguir implementando en las siguientes Taxonomías 2024-2026.

Anteriormente se enmarcaban los diagnósticos en tres niveles de evidencia, siendo el tercero el más competente pues se sostiene a través del fundamento clínico. En este caso se trabajará con solo dos niveles de evidencia. El primer nivel de evidencia corresponde solamente a la propuesta recibida por el Comité de Desarrollo Diagnóstico. El segundo nivel que corresponde a la terminología y pruebas clínicas, siendo subdividido a su vez en tres subniveles: 2.1 validez de conceptos, 2.2 validez de contenido y 2.3 validez clínica, en esta nueva taxonomía estos tres subniveles se vuelven a dividir encontrando otros diez subniveles, cada uno de ellos descrito con detalle en la nueva guía.

Este nuevo cambio realizado para la NANDA-I 2021-2023, una vez más se han clasificado los diagnósticos según su nivel de evidencia hasta la fecha, siendo tres categorías. En esta ocasión han aumentado los diagnósticos de nivel 3, con soporte clínico, pasando de un 3,6% de diagnósticos de tercer nivel de evidencia a un 26%, por consecuencia han disminuido aquellos diagnósticos con un nivel de evidencia <2.1, pasando de un 28,7% a un 12%. Aquellos diagnósticos con un nivel de evidencia 2.1 también se han visto afectados en su estadística, pasando de un 63,1 % a un 54%. Solo un 3,4% de los diagnósticos corresponden al mayor nivel de evidencia, y aunque queda mucho por realizar en cuanto a la validación clínica, ya son 11 diagnósticos con un nivel de evidencia clínica límite. (13)



3.1 GLOSARIO DE TÉRMINOS PROPUESTOS POR NANDA-I.

Diagnóstico enfermero: Se denomina diagnóstico de enfermería a aquel juicio clínico sobre una respuesta humana a condiciones de salud, procesos de vida o vulnerabilidad, tanto para el individuo, familia o comunidad, siendo el diagnóstico de enfermería el pilar fundamental para seleccionar las intervenciones más adecuadas.

Diagnóstico de enfermería centrado en el problema: Es aquel juicio clínico sobre una respuesta indeseable a las condiciones de salud o procesos de vida que se producen en el individuo, familia o comunidad. El diagnóstico centrado en el problema debe contener las manifestaciones, síntomas y signos, en NANDA se denominarán características definitorias, además se requieren los factores etiológicos que estén relacionados con dicho diagnóstico.

Diagnóstico de enfermería promotora de la salud: Se trata de aquel individuo que desea mejorar su potencial humano y bienestar, se expresa por la predisposición a mejorar

ciertos comportamientos de salud específicos. Las características definitorias de dicho diagnóstico deben comenzar por “manifiesta deseo por”.

Diagnóstico de enfermería de riesgo: juicio clínico sobre la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad para desarrollar una respuesta humana indeseable. El diagnóstico de riesgo debe estar sustentado por factores de riesgo que contribuyan a aumentar la vulnerabilidad. ⁽¹⁴⁾

3.2 EJES MULTIAXIALES.

Una vez establecido la definición del tipo de diagnóstico a resolver, los ejes multiaxiales permiten construir conceptos de diagnóstico, NANDA internacional consta de siete ejes. Los ejes se definen como una dimensión de la respuesta humana que es considerada para el proceso diagnóstico.

El eje uno llamado núcleo diagnóstico, es el elemento principal, la raíz del concepto diagnóstico que describe una respuesta humana, mientras que en el eje dos se determina el sujeto del diagnóstico, son un total de cinco sujetos: paciente, cuidador, familia, grupo, comunidad. El tercer se denomina juicio. Se trata de un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del núcleo diagnóstico (por ejemplo: autónomo, complicado, deficiente).

El eje cuatro se identifica como ubicación, describe las partes o regiones del cuerpo o sus funciones relacionadas. El eje dos se refiere a la edad del sujeto del diagnóstico se determinan según la Organización Mundial de la Salud (feto, neonato, bebe, niño, adolescente, adulto, y adulto mayor).

A continuación, el eje seis, determina la duración del concepto diagnóstico, si se trata de un proceso agudo, crónico, intermitente o continuo. Finalmente, el eje siete describe la categorización del diagnóstico, es decir, si se trata de un diagnóstico enfocado al problema, si es un diagnóstico de riesgo o de promoción de la salud. ⁽¹⁵⁾

Eje 1.	Núcleo del diagnóstico.
Eje 2.	Sujeto del diagnóstico.
Eje 3.	Juicio.
Eje 4.	Ubicación.
Eje 5.	Edad.
Eje 6.	Tiempo.
Eje 7.	Estado del diagnóstico.

3.3 CRITERIOS DE EVIDENCIA, PROCESO PARA EL ENVÍO Y REVISIÓN DE DIAGNÓSTICOS.

NANDA Internacional solo comenzó a usar criterios de evidencia a partir de 2002, por lo tanto, los diagnósticos agregados a la taxonomía antes de esa fecha no los muestran, ya que ninguno fue identificado durante la presentación de diagnósticos, es por ello por lo que, ante un problema clínico se busca una respuesta en forma de prueba, se evalúa, y si cumple los requisitos de utilidad, se implementa.

A continuación, se exponen los 3 niveles de evidencias propuestos por NANDA internacional, todos los diagnósticos enfermeros se organizan en función del nivel de evidencia obtenido.

3.4 NIVELES DE EVIDENCIAS 1 (NDE 1).

Aquellos diagnósticos englobados por la asociación NANDA en un nivel de evidencia uno y sus respectivos subniveles, determinan que son aquellos diagnósticos que han sido recibidos para su posterior desarrollo.

El nivel de evidencia 1 (NDE 1) *corresponde con la consulta de NANDA*, mientras que el nivel de evidencia 1.1 corresponde al envío de la etiqueta, la cual debe ser clara, formulada en un nivel básico y sustentada por la bibliografía que están identificadas.

NDE 1.2 *etiqueta y definición*: La etiqueta es clara y está formulada en un nivel básico. La definición es consistente con la etiqueta. La etiqueta y la definición son distintas de otros diagnósticos y definiciones de NANDA-I. LA definición es diferente de las

características definitorias y la etiqueta. Este nivel de diagnóstico debe ser consistente con la definición de diagnóstico enfermero establecido en el glosario de términos de NANDA-I.

NDE 1.3 *Nivel teórico*: debe contener la definición, características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo siempre sustentados por referencias teóricas, además de permitirse la opinión de expertos para apoyar la necesidad de dicho diagnóstico. Este nivel de evidencia permite tantear la utilidad clínica. Este subnivel de evidencia se categoriza como “recibido para desarrollo y validación clínica”.

3.5 NIVELES DE EVIDENCIAS 2 (NDE 2).

Aquellos diagnósticos cuyo nivel de evidencia sea 2 o sus respectivos subniveles representan para la NANDA una aceptación e inclusión en su Taxonomía II de NANDA-I.

NDE 2.1 *Etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo y referencias bibliográficas*: se requiere la citación de referencias bibliográficas para la definición, para cada característica definitoria, factor relacionado o factores de riesgo, además del deber de utilizar una terminología estandarizada.

NDE 2.2 *análisis conceptual*: además de los criterios otorgados al NDE 2.1 se requiere un análisis de la literatura superior que concrete un análisis conceptual y demuestre la existencia de estudios y conocimientos que respalden dicho diagnóstico. Una vez analizada la literatura, esto proporcionará solidez a la etiqueta y a la definición e introduce debate y corrobora las características definitorias y los factores relacionados.

NDE 2.3 *estudios de consenso relacionados con el uso del diagnóstico por expertos*: se cumplen los criterios de NDE en 2.1. Los estudios de consenso utilizan una metodología en la que se consulta a expertos, Delphi y otros, sobre los componentes diagnósticos en el que los sujetos son enfermeros.

3.6 NIVELES DE EVIDENCIA 3 (NDE 3)

En este nivel se refuerzan los diagnósticos con cimientos clínicos, es decir, la validación y la prueba.

NDE 3.1 *Síntesis de la lectura*: se cumplen los criterios NDE 2.2. El formato de resumen es una revisión bibliográfica integrada. Se ofrece la búsqueda de términos/ MESH utilizados en la revisión para ayudar a los futuros científicos.

NDE 3.2 *Estudios clínicos relacionados con el diagnóstico, pero no generalizables a la población*: Se cumplen los criterios NDE 2.2. La presentación incluye una descripción de los estudios relacionados con el diagnóstico. Los estudios pueden ser tanto cualitativos como cuantitativos y se utilizan estudios no aleatorizados en los que los sujetos no son pacientes.

NDE 3.3 *Estudios clínicos bien diseñados con muestras de pequeño tamaño*: se cumplen los criterios NDE 2.2. en este caso, además de proporcionar estudios relacionados con el diagnóstico, se utilizan estudios aleatorios, pero con una pequeña muestra.

NDE 3.4 *estudios clínicos bien diseñados con muestras aleatorias de suficiente tamaño para permitir la generalización a la población general*.

3.7 ELEMENTOS QUE CONFIGURAN UN NUEVO DIAGNÓSTICO.

Cada nuevo diagnóstico de NANDA-I debe contener la definición de la etiqueta diagnóstica, las características definitorias, factores de riesgo y factores relacionados.

Etiqueta diagnóstica: la definición de esta debe ser clara y concisa, y por supuesto debe basarse en una revisión bibliográfica, teniendo en cuenta preferiblemente las investigaciones de los últimos cinco años.

Característica definitoria: deberán ser expuestas tanto en los diagnósticos reales, de promoción de salud y de bienestar. Las características definitorias se entienden como los signos y síntomas del paciente durante la etapa de valoración. Dichas características se juntan a los factores relacionados con la pauta “manifestado por” o “m/p”. Es necesario enlazarlo con referencia bibliográfica.

Factores de riesgo: Se utilizan en diagnósticos potenciales o de riesgo, pueden ser características propias de la persona como, fisiológicos, genéticos, ambientales, psicológicos que pueden aumentar la precariedad del paciente, familia o comunidad, para sufrir un problema de salud. Debe ser apoyada por literatura científica.

Factores relacionados: se utilizan cuando el diagnóstico es un diagnóstico real, se trata de la razón o causa que ha provocado dicha respuesta alterada de una persona ante un problema de salud, se juntan a los factores relacionados se unen a la etiqueta diagnóstica con la pauta “manifestado por” o “m/p”. Debe ser apoyada por literatura científica. ⁽¹⁶⁾

4. DESARROLLO

4.1 METODOLOGÍA.

Se realizó una búsqueda bibliográfica con palabras como “duelo”, “diagnóstico” “enfermería”, “NANDA”, “disposición”, “mejorar” “validación”, en bases de datos como “DIALNET”, “PUBMED”, “Google Scholar” y en revistas científicas tales como “Scielo”, “ENE”, “Elsevier”, también fueron consultados libros de bibliotecas como “Diagnósticos enfermeros 2018-2020”. En las búsquedas realizadas en las principales fuentes de información científica anteriormente nombradas, por lo que no se hallan artículos referentes a la validación de contenido como método principal el duelo, se observan documentos e investigaciones acerca de la Validación de Contenido del “duelo perinatal”, Validación del contenido diagnóstico enfermero del “sedentarismo”, “fatiga” o como por ejemplo la Tesis de validación de Contenido diagnóstico enfermero sobre los “trastornos de los procesos del pensamiento”

NANDA-I ha sido traducida a casi veinte idiomas, por lo que traducir términos españoles abstractos y a su vez al inglés, puede llegar a ser frustrante. Aunque el equipo de investigación validará el contenido en español. Automáticamente, a continuación, será dicho contenido traducido a inglés por una traductora profesional experta y nativa de habla inglesa que a su vez será retro traducida y nuevamente revisada por la investigadora y un pequeño grupo de expertos. Aunque NANDA-I dispone de diccionarios e incluso sistemas de traducción automática, además de traductores, la traducción de las etiquetas diagnósticas, las definiciones y los indicadores de los diagnósticos sigue sin ser fácil. La traducción conceptual, en lugar de palabra por palabra, requiere que los traductores entiendan claramente la intención de los conceptos, sus comentarios y retroalimentación no solo ayudarán a hacer la terminología mas traducible, sino también aportar claridad a las expresiones.

4.2 OBJETIVOS.

- General:
 - Validación del contenido del diagnóstico “Disposición para mejorar el duelo”.

- Específicos:
 - Validar a través de la visión de expertos, la etiqueta diagnóstica. la definición y las características definitorias
 - Validar a través de la visión de expertos, la definición del diagnóstico.
 - Validar a través de la visión de expertos las características definitorias de dicho diagnóstico NANDA, “disposición para mejorar el duelo”
 - Traducir al inglés y retro traducir al español. y enviar a la NANDA el resultado de la validación de diagnóstico.

4.3 DISEÑO.

Para la validación del diagnóstico se llevará a cabo el método Fehring (1986), este modelo tiene como objetivo compartir información entre enfermeros. Para la selección de los expertos se tendrán en cuenta los méritos obtenidos en el campo de la atención primaria y en especial del duelo. Las enfermeras obtuvieron la siguiente manera: una maestría en enfermería (4 puntos); maestría con tesis en los temas: diagnósticos de enfermería o duelo (1 punto); publicación de un artículo sobre diagnósticos de enfermería (2 puntos); artículo publicado en el campo del duelo (2 puntos); doctorado relacionado con los diagnósticos de enfermería o el duelo (2 puntos); experiencia clínica en el campo de la atención primaria >1 año (1 punto); especialización en el duelo. (2 puntos). Para considerarse experto se debe obtener al menos una puntuación de 6. ⁽¹⁷⁾

4.4 Procedimiento.

Inicialmente se contara con la colaboración de los profesores de la Universidad de La Laguna, cuyo grupo de investigación está formado en Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), formado por tres integrantes: Martín Rodríguez-Álvaro, Alfonso M García-Hernández y Ruymán Brito-Brito, los cuales también han participado en la tesis doctoral "Epidemiología enfermera del duelo en Canarias", Además de dichas líneas de investigación, forman conjuntamente parte del comité de la NANDA-Internacional, quienes además de participar en este reciente diagnóstico añadido a la Taxonomía NANDA, realizaron modificaciones en los siguientes diagnósticos: Disposición para mejorar el duelo NANDA(00285), duelo inadaptado NANDA(00301) y riesgo de duelo inadaptado NANDA (00285).

Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Canarias se divide en siete áreas médicas y 112 básicas atendiendo una población estimada de 2,2 millones de usuarios, actualmente existe una historia clínica electrónica disponible en todo el territorio (Drago AP), herramienta que funciona sobre la base de datos ORACLE. La historia Drago AP proporciona un módulo específico para la planificación de cuidados, es por ello por lo que se solicitará permiso a las Gerencias de Atención Primaria de Tenerife y Gran Canaria y en las Gerencias de Servicios Sanitarios de La Palma, El Hierro, La Gomera, Fuerteventura y

Lanzarote, para acceder y obtener aquellos datos necesarios que han permitido la creación de dicho diagnóstico, “disposición para mejorar el duelo”. Este módulo se basa en una evaluación estructurada utilizando modelos funcionales de salud, que pueden establecer diagnósticos, resultados y criterios de intervención con la taxonomía NANDAI, NOC y NIC. (18), (19).

4.5 VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA.

A continuación, se exponen las siguientes variables para la elección del panel de expertos.

- Edad.
- Sexo (hombre o mujer).
- Duración de la experiencia profesional.
- Región de actividad profesional.
- Grado académico superior.
- Especialización en el área del duelo. (sí o no).
- Temática de la tesis de maestría. (no tiene, duelo, otros)
- Temática de un artículo publicado.

4.6 TÉCNICA DELPHI.

Para la creación de la Validez de Contenido Diagnóstico (VCD), se utilizará el método Fehring (1986) en colaboración con la técnica Delphi, esta última nos permite seleccionar a los expertos participantes en la validación del diagnóstico, en este caso el diagnóstico “disposición para mejorar el duelo”.⁽²⁰⁾

Para comenzar la validación de un diagnóstico, el paso inicial es la selección de los expertos, colegiados en la Comunidad Autónoma de Canarias que trabajen en Atención Primaria y cumpla una serie de requisitos, expuestos a continuación. Una vez seleccionados los expertos, dichas respuestas hará a través de la técnica Delphi, esta técnica permite abordar un problema complejo, el cual permite buscar y acercarse al consenso de un grupo de expertos con base en el análisis. El objetivo principal de la herramienta es la selección de expertos con una formación específica en el campo a tratar en este caso y a continuación permitir a los expertos participantes emitir respuestas en más de una ocasión permitiendo estabilizar las opiniones, llevándose a cabo la selección de los expertos, del problema a tratar y el tratamiento de la información, cuyo objetivo final es validar y conocer la opinión de los expertos en relación con al nombre, definición y factores relacionados, en cuatro etapas:⁽²¹⁾

- 1.** Se plantea una pregunta amplia a los expertos, el grupo coordinador recibe e integra las respuestas y genera el cuestionario dos.
- 2.** Los expertos responden al cuestionario dos, el grupo coordinador recibe e integra las respuestas y genera cuestionario tres.
- 3.** Los expertos responden al cuestionario tres y el grupo coordinador lo recibe.
- 4.** El grupo coordinador integra y analiza la información, generando información cuantitativa y por consiguiente obteniendo el informe final.

La selección de expertos para los estudios de validación se utiliza un sistema de puntuación para la valoración de expertos propuesto por Fehring. (1987).

Criterios	Puntuación
Máster en enfermería	4
Máster en enfermería con un trabajo de tesis relacionado con el diagnóstico del duelo.	1
Investigación publicada sobre el diagnóstico bajo estudio u otro contenido.	2
Artículo publicado sobre diagnósticos de enfermería en una revista de referencia.	2
Tesis doctoral sobre diagnósticos de enfermería.	2
Práctica clínica actual de al menos 1 años de duración en Atención Primaria.	1
Especialización en un ámbito clínico relacionado con el duelo.	1

4.7 Selección de expertos población y muestra

Para formar parte del grupo de experto es necesario obtener como mínimo una puntuación de 6. Se requiere un mínimo de 7 expertos y un máximo de 30 expertos, teniendo en cuenta que a mas expertos más variedad de información y más variedad de información se comparte. (22)

Las guías orientan que, para obtener un panel de expertos adecuado, en el que se produzcan bastantes sugerencias, opiniones e ideas, siendo el número mínimo de siete expertos para acceder a las instrucciones requeridas por los siguientes niveles de evidencias, y como máximo se establece un numero de treinta expertos, siendo de vital

importancia que cuántos mas expertos participen en el panel de estudios, mayor variabilidad de opiniones de obtendrán. Finalmente, NANDA-Internacional describe que una muestra adecuada se debe situar entre 7 y 30 expertos enfermeros.

4.7 VALIDACIÓN CONTENIDO DIAGNÓSTICO.

4.8 EL MÉTODO FEHRING.

Una vez seleccionado el personal experto, los cuestionarios enviados desde el grupo coordinador se establecen por medio del método Fehring.

El primer paso se compone de una escala tipo Likert, dicha escala, es una herramienta de medida y recopilación de datos cuantitativos, consta de una sucesión de ítems ante los cuales se solicita la reacción de los expertos. El sujeto señala el grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem, enumerándose del 1 al 5. En este caso, una muestra de enfermeras expertas califica en una escala del 1 al 5 las características definitorias, en este caso, del diagnóstico “disposición para mejorar el duelo”, la puntuación indicará qué tan representativa es cada característica de una etiqueta del diagnóstico. En la escala Likert la puntuación se interpreta con la siguiente fórmula:

1	2	3	4	5
Nada	Poco	Algo	Bastante	Muy
característico.	característico.	característico.	característico.	característico.

Como parte de la técnica Delphi, para la elección de la etiqueta diagnóstica se presentan cinco opciones diferentes las cuales el experto ordenará a favor de su preferencia, por lo tanto, aquellas excluidas son eliminadas en la siguiente ronda. ⁽²³⁾

En cuanto a la definición también se propone a los expertos que, si en su opinión se describe de forma clara y precisa el problema de salud planteado en la etiqueta diagnóstica, en la siguiente tabla se muestra una escala de valoración de los elementos a evaluar en un diagnóstico de enfermería.

Definición	Característica definitoria	Factores relacionados
1 = nada característico	1 = nada característico	1 = nada característico
2 = Poco característico.	2 = Poco característico.	2 = Poco característico.
3= Algo característico.	3= Algo característico.	3= Algo característico.
4= Bastante característico.	4= Bastante característico.	4= Bastante característico.
5= Muy característico	5= Muy característico	5= Muy característico

Una vez tratados los datos en la etapa anterior, en la siguiente etapa según Fehring se distribuye la puntuación de acuerdo con la evaluación anterior: 1 = 0; 2 = 0.25; 3 = 0.50. 4 = 0.75; 5 = 1.

Ponderación propuesta por Fehring.		Ajuste de la ponderación.	
Puntuación	Peso	Puntuación	Peso
1 = nada característico o indicativo del diagnóstico.	0	0 = nada indicativo el diagnóstico,	0
2 = Poco característico.	0,25	1= Poco indicativo.	0,25
3= Algo característico.	0,5	2= Algo indicativo.	
4= Bastante característico.	0,75	3= suficientemente indicativo.	0,50
5= Muy característico	1	4= bastante indicativo.	0,75
		5=Completamente indicativa del diagnóstico.	
		1	

Esta ponderación representa el índice de validez del contenido diagnóstico, descartándose aquellas características que obtienen una puntuación < 0.5. El método Fehring determina que para obtener la Validez del Contenido de Diagnóstico corresponde a la suma de las medias de todos los elementos superiores a 0,5 entre el número total de elementos sugeridos para la Nanda Diagnóstico.

Una vez enviada la información a los demás expertos y enviada la propuesta del diagnóstico a la comisión NANDA, en este caso se enviará a la comisión en primer lugar la etiqueta diagnóstica con su definición y a continuación las características, obtenemos por parte de la institución un nivel de evidencia 2.1 pues para obtener este nivel se deberá analizar y enviar: etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo y referencias bibliográficas. ⁽²⁴⁾

La obtención de un nivel de evidencia 2 hace alusión a la inclusión en la Taxonomía NANDA y a dicha prueba clínica, el diagnóstico “disposición para mejorar el duelo tras su aceptación, obtiene un nivel 2.1, es decir, validez conceptual, siendo denominado el desarrollo de una teoría substantiva que deberá apoyar las interpretaciones obtenidas de los elementos constitutivos del diagnóstico nuevo.

En este subnivel el análisis conceptual proporciona apoyo a la etiqueta y a la definición, incluyendo una discusión y apoyándose en las características definitorias y factores relacionados (diagnósticos focalizados en el problema), factores de riesgo (diagnósticos de riesgo) o características definitorias (diagnósticos de promoción de salud), en este nivel, si procede, pueden añadirse los componentes de problemas asociados y población de riesgo.

Una vez analizadas a través del programa informático aportado por NANDA-I cuyo nombre es SurveyMonkey, las características definitorias y desechadas aquellas que tengan un índice de ponderación inferior a 05, quedando actualmente las siguientes características definitorias. ⁽²⁵⁾

4.9 CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS “DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL DUELO” (NANDA 00285)

Este nuevo diagnóstico se ubica en el dominio nueve, afrontamiento/ tolerancia, a continuación, se muestran las características definitorias expuestas en la taxonomía NANDA, NOC y NIC ⁽²⁶⁾:

- Expresa deseos de llevar a cabo el legado del fallecido.
- Expresa deseos de implicarse en actividades previas.
- Expresa deseo de mejorar el afrontamiento del dolor.
- Expresa deseo de mejorar el perdón.
- Expresa deseo de mejorar la esperanza.
- Expresa deseo de aumentar el crecimiento personal.
- Expresa deseo de mejorar el ciclo sueño-vigilia.
- Expresa deseo de integrar los sentimientos de ira.
- Expresa deseo de integrar los sentimientos de desesperación.
- Expresa deseo de integrar los sentimientos de culpabilidad.
- Expresa deseo de integrar los sentimientos de remordimiento.
- Expresa deseo de integrar los sentimientos positivos.
- Expresa deseo de integrar los recuerdos positivos del fallecido.
- Expresa deseo de integrar las posibilidades de una vida feliz.
- Expresa deseo de integrar las posibilidades de una vida con propósito.
- Expresa deseo de integrar las posibilidades de una vida satisfactoria.
- Expresa deseo de integrar la pérdida.
- Expresa deseo de integrar la pérdida

5. BIBLIOGRAFÍA.

1. Cancer.net. [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/asimilación-con-cáncer/manejo-de-las-emociones/duelo-y-pérdida/entender-el-duelo-y-la-pérdida>
2. García Hernández AM, Rodríguez Álvaro M, Brito Brito PR, Fernández Gutiérrez DA, Martínez Alberto CE, Marrero González CM. Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. Ene [Internet]. 2021 [citado el 21 de mayo de 2022];15(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2021000100001&script=sci_arttext&tlng=en
3. Vista de Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España [Internet]. Revistas.um.es. [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/443271/303761>
4. Pérez Pimentel S. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2009 [citado el 21 de mayo de 2022];25(3-4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003
5. Tejada De Rivero DA. Alma-Ata: 25 años después [Internet]. Gob.ar. [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/tejada.pdf>

6. Barreto P, De la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. Psicooncología (Pozuelo de Alarcon) [Internet]. 2013;9(2–3). Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/1c5b/9fd9a4766f2882ccae2979a21c5c05b45f13.pdf>
7. Vista de Epidemiología enfermera del duelo en Canarias [Internet]. Ull.es. [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://www.ull.es/revistas/index.php/cuidar/article/view/1987/1294>
8. Tema 1. La NANDA-I [Internet]. Salusplay.com. [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y-terminologia-nanda-noc-nic/tema-1-la-nanda-i/resumen>
9. * Com esse método, solicitou-se a várias pessoas que agrupassem os diagnósticos existentes livremente, isto é, sem considerar a classificação então em uso pela NANDA, com a finalidade de identificar formas alternativas de organizar a classificação [Internet]. Scielo.br. [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yvsGqYv4whgk64vW7nnYLHH/?format=pdf&lang=pt>
10. Rodríguez-Acelas AL, Cañón-Montañez W. Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. Rev Cuid [Internet]. 2015 [citado el 21 de mayo de 2022];6(1):879. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732015000100001
11. Niveles de evidencia científica en NANDA-I 2021-2023 [Internet]. Eldiagnosticoenfermero.es. [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2021/03/niveles-de-evidencia-cientifica-en.html>

12. Francisco C, Rey D, Ferrandis EF, Garcés AB. Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC [Internet]. Ucol.mx. [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar_betancourt/apuntes/recurso_883.pdf
13. Niveles de evidencia científica en NANDA-I 2021-2023 [Internet]. Eldiagnosticoenfermero.es. [cited 2022 Jun 2]. Available from:
<http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2021/03/niveles-de-evidencia-cientifica-en.html>
14. Clasificación de NANDA-I 2021-2023 [Internet]. Eldiagnosticoenfermero.es. [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en:
<http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2021/02/clasificacion-de-nanda-i-2021-2023.html>
15. Glossary of terms [Internet]. NANDA International, Inc |. 2020 [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://nanda.org/publications-resources/resources/glossary-of-terms/>
16. De Investigación M, Salud EN, Autores F, Toyos D. PARANINFO DIGITAL [Internet]. Index-f.com. [citado el 23 de mayo de 2022]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/para/n22/pdf/035.pdf>
17. Level of evidence criteria [Internet]. NANDA International, Inc |. 2020 [cited 2022 May 23]. Available from: <https://nanda.org/publications-resources/resources/level-of-evidence-criteria/>
18. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Gutiérrez Núñez M, Mayorga Camus M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. Educ médica super (Impresa)

[Internet]. 2014 [cited 2022 May 23];28(3):547–58. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21412014000300014

19. SCS. Organos del SCS [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [cited 2022 May 23]. Available from: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organos.jsp>

20. Seguridad y seguridad de base de datos [Internet]. Oracle.com. [cited 2022 May 23].

Available from: <https://www.oracle.com/es/database/technologies/security.html>

21. MÉTODO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA [Internet]. Uv.es. 2022 [cited 23 May 2022]. Available from:

<https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/TaxoII.pdf>

22. de Enfermería G. El uso de la metodología Delphi por la gestora enfermera [Internet]. Gestión de Enfermería. 2019 [cited 2022 May 23]. Available from:

<https://gestiondeenfermeria.com/el-uso-de-la-metodologia-delphi-por-la-gestora-enfermera/>

23. Cañón-Montañez W, Rodríguez-Acelas AL. Desarrollo de la Investigación en Diagnósticos de Enfermería. Rev Cuid [Internet]. 2010 [cited 2022 May 23];1(1):63–72. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732010000100009

24. Dialnet-LaEscalaDeLikertEnLaValoracionDeLosConocimientosYL-1311949.pdf. [cited 2022 May 23]. Available from: [http://Dialnet-](http://Dialnet-LaEscalaDeLikertEnLaValoracionDeLosConocimientosYL-1311949.pdf)

[LaEscalaDeLikertEnLaValoracionDeLosConocimientosYL-1311949.pdf](http://Dialnet-LaEscalaDeLikertEnLaValoracionDeLosConocimientosYL-1311949.pdf)

23. MÉTODO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA TAXONOMÍA II DE LA

NANDA [Internet]. Uv.es. 2022 [cited 23 May 2022]. Available from:

<https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/TaxoII.pdf>

25. Cardoso RB, Caldas CP, Brandão MAG, de Souza PA, Santana RF. “Readiness for enhanced healthy aging” nursing diagnosis: Content validation by experts. Int J Nurs Knowl [Internet]. 2022; Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12361>
26. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [cited 2022 May 23]. Available from: <https://www.nnnconsult.com/nanda/285>