

**Validación de contenido del  
diagnóstico de enfermería  
*“trastorno de los procesos  
de pensamiento”***

**Paula Escalada Hernández**

**Julio 2015**

**upna**  
Universidad  
Pública de Navarra  
Nafarroako  
Unibertsitate Publikoa

**Validación de contenido del diagnóstico de enfermería**  
***“trastorno de los procesos de pensamiento”***

**Paula Escalada Hernández**

**Directores:**

**Dra. Blanca Marín Fernández**

**Dr. Manuel Martín Carrasco**

**Julio, 2015**

**upna**  
Universidad  
Pública de Navarra  
Nafarroako  
Unibertsitate Publikoa

*Memoria para aspirar al Grado de Doctor que presenta Paula Escalada Hernández*

**Dña. BLANCA MARIN FERNÁNDEZ**, Profesora Titular de Universidad del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR,

Que la tesis doctoral presentada por **Dña. PAULA ESCALADA HERNÁNDEZ** titulada:

**VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO**

Ha sido realizada bajo mi dirección y considero que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendida y juzgada por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctor/a por la Universidad Pública de Navarra.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma en Pamplona a uno de julio de dos mil quince.

Fdo.



Prof<sup>a</sup>. Dra. Blanca Marín Fernández

D. Manuel Martín Carrasco, director del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas de la Fundación M<sup>a</sup> Josefa Recio (Hermanas Hospitalarias),

HACE CONSTAR,

Que la tesis doctoral presentada por **Dña. PAULA ESCALADA HERNÁNDEZ** titulada:

**VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO**

Ha sido realizada bajo mi dirección y considero que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendida y juzgada por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctora por la Universidad Pública de Navarra.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma en Pamplona a uno de julio de dos mil quince.



Fdo.

Dr. Manuel Martín Carrasco

*Para Alba, mi preciosa niña*

## Agradecimientos

*En primer lugar, quiero agradecer a mis Directores de Tesis, Dra. Blanca Marín Fernández y Dr. Manuel Martín Carrasco, su inestimable guía y apoyo a lo largo de este proceso, que ha permitido que esta tesis doctoral sea hoy una realidad. En especial, quiero dedicar mi más cariñoso y profundo agradecimiento a Blanca. Gracias por creer en mí, por darme la oportunidad de trabajar y aprender a tu lado y por ayudarme a crecer profesionalmente. Gracias por ser tan buena consejera y psicóloga en los momentos de crisis. Gracias por ser una amiga.*

*Dar las gracias a Alfonso, mi marido, mi compañero de vida. Esta tesis es un poquito suya, su esfuerzo y apoyo incondicional han hecho posible que la pudiera terminar mientras cuidábamos de nuestra pequeña Alba en sus primeros meses de vida. Gracias por ser un “súper papá” y por tu paciencia y comprensión en mis momentos de neurosis.*

*Quiero agradecer a mi madre y a Joserra su permanente apoyo y cariño. Gracias mamá, por estar ahí siempre, por enseñarme a perseguir mis sueños con constancia, por respetar mis decisiones y por todo tu amor. Dar las gracias también a mi tía Nieves, por sus ánimos constantes y por esos “favorcicos” que me hace al revisar mis publicaciones en inglés, que le han hecho aprender qué es un diagnóstico de enfermería.*

*Quiero expresar mi agradecimiento, también, a todas las personas que han puesto su granito de arena en este proyecto. Gracias Esther por tu contribución en la construcción del cuestionario y por estar dispuesta a ayudar en todo momento. Agradecer también a Uxua y Gemma su colaboración en el reclutamiento y pilotaje. Dar las gracias a la Dra. Elena Abascal por su asesoramiento en el análisis estadístico.*

*Deseo agradecer su participación en el proyecto de forma muy especial a las colegas que participaron en el pilotaje del cuestionario y a todos y cada uno de los miembros del panel. Gracias por vuestro tiempo y por compartir vuestra experiencia y sabiduría. Sin vosotros este estudio no hubiera sido posible. Creo que juntos hemos construido un diagnóstico de enfermería que nos ayudará a cuidar mejor de nuestros pacientes.*

*Finalmente, dar las gracias a la AENTDE y la ANESM por colaborar distribuyendo la información sobre la realización del estudio entre sus miembros.*





## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</b>	<b>1</b>
1. Lenguajes estandarizados en la atención de enfermería	2
2. Las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC	3
3. Clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA-I	4
4. El diagnóstico de enfermería “ <i>trastorno de los procesos de pensamiento</i> ”	11
5. Justificación del estudio	12
<b>II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
1. Hipótesis	16
2. Objetivos	16
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>18</b>
<b>III.1 Metodología Fase I: Desarrollo y revisión conceptual</b>	<b>22</b>
1. Metodología para el desarrollo conceptual	23
2. Proceso de derivación conceptual	25
3. Estudio empírico de las características y variables asociadas al diagnóstico de enfermería VR-TPP en pacientes psiquiátricos	26
<b>III.2 Metodología de la Fase II: Validación de contenido</b>	<b>30</b>
1. Modelo de validación de contenido para los diagnósticos de enfermería	31
2. La técnica Delphi	34
3. Sujetos del estudio: Expertos	35
4. Recogida de datos	43
5. Análisis de datos	50
6. Criterios de rigor metodológico	54
7. Cuestiones éticas	54
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>56</b>
<b>Resultados Fase I: Desarrollo y revisión conceptual</b>	<b>57</b>
<b>IV.1 El fenómeno “trastorno de los procesos de pensamiento” en la literatura de enfermería</b>	<b>59</b>
<b><i>IV.1.1 El diagnóstico de enfermería VR-TPP: Revisión bibliográfica</i></b>	<b>60</b>
1. Búsqueda bibliográfica	60
2. Reflexiones teóricas sobre VR-TPP	62
3. Revisión de la evidencia sobre VR-TPP	68
4. A modo de síntesis	81

	<b>Página</b>
<b>IV.1.2 “Procesos de pensamiento”: Análisis conceptual</b>	<b>82</b>
1. Estrategia de búsqueda	82
2. Usos del concepto “procesos de pensamiento”	83
3. A modo de síntesis	91
<b>IV.1.3 Fenómenos de salud abordados por enfermería relacionados con la cognición y el pensamiento: revisión integradora</b>	<b>93</b>
1. Estrategia de búsqueda	93
2. La cognición en los marcos de valoración y taxonomías en enfermería	95
3. Valoración de enfermería del estado mental y la función cognitiva	97
4. Respuestas humanas y fenómenos de salud relacionados con la cognición y el pensamiento reflejados en la literatura de enfermería	100
5. Pensamiento y cognición en los diagnósticos de enfermería	104
6. Los conceptos cognición y pensamiento en los marcos teóricos en enfermería	108
7. Los conceptos cognición y pensamiento en las Taxonomías NOC Y NIC	110
8. Otros diagnósticos de enfermería relacionados con el diagnóstico TPP	113
9. A modo de síntesis	117
<b>IV.2 Profundización conceptual: cognición y pensamiento en campos alternativos de conocimiento</b>	<b>118</b>
1. Los conceptos pensamiento y cognición en psicología y medicina	119
2. Valoración de la función cognitiva	123
3. Alteraciones en el pensamiento	127
4. A modo de síntesis	128
<b>IV.3 El diagnóstico de enfermería VR-TPP: Datos empíricos</b>	<b>130</b>
1. Resultados: datos empíricos sobre el diagnóstico de enfermería VR-TPP en el ámbito clínico	131
2. Discusión y conclusiones	138
<b>IV.4 Propuesta de una nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP</b>	<b>142</b>
1. Análisis del diagnóstico de enfermería VR-TPP	143
2. Planteamiento del nuevo núcleo diagnóstico	146
3. Desarrollo de los elementos de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP	147
4. Planteamiento inicial de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP	152

	<b><i>Página</i></b>
<b><u>Resultados Fase II: Validación de contenido</u></b>	<b>154</b>
<b>IV.5 Proceso de validación de contenido</b>	<b>155</b>
1. Miembros del panel de expertos	156
2. Respuestas de los panelistas sobre los elementos del diagnóstico de enfermería TPP -Técnica Delphi	166
3. Aplicación del modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring	192
4. Pregunta abierta sobre la utilidad del diagnóstico TPP en la práctica clínica	198
5. Nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP validada en este estudio	203
<b>IV.6 Propuesta de la nueva versión del diagnóstico TPP para enviar a la NANDA-I</b>	<b>205</b>
<b><u>V. DISCUSIÓN</u></b>	<b>209</b>
1. Revisión conceptual sobre el diagnóstico de enfermería VR-TPP	210
2. Validación de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP	214
3. Utilidad en la práctica clínica del diagnóstico de enfermería desarrollado	226
4. Cuestiones metodológicas en la construcción de diagnósticos de enfermería	231
5. Implicaciones	233
6. Limitaciones del estudio	234
7. Prospectiva	235
<b><u>VI. CONCLUSIONES</u></b>	<b>235</b>
<b><u>Referencias</u></b>	<b>239</b>
<b><u>Índice de tablas y figuras</u></b>	<b>254</b>
<b><u>ANEXOS</u></b>	<b>257</b>

**LISTA DE SIGLAS**

<b>ACM</b>	Análisis de Correspondencias Múltiples
<b>ACP</b>	Análisis de Componentes Principales
<b>AENTDE</b>	Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería
<b>EPADE</b>	Escala de Posicionamiento ante el Diagnóstico Enfermero
<b>ICD</b>	índice de Contenido Diagnóstico
<b>ICF</b>	International Classification of Functioning
<b>NANDA-I</b>	NANDA Internacional
<b>NNN</b>	NANDA-NIC-NOC
<b>PAE</b>	Proceso de Atención de Enfermería
<b>TPP</b>	Trastorno de los procesos de pensamiento
<b>VR-TPP</b>	Versión del diagnóstico <i>trastorno de los procesos de pensamiento</i> retirada de la taxonomía NANDA-I

# I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

---

## 1. Lenguajes estandarizados en la atención de enfermería

En su práctica clínica, los profesionales de enfermería deben documentar los problemas de salud que atienden, las intervenciones que desarrollan y los resultados derivados de las mismas. La implantación de las historias clínicas electrónicas en los diferentes ámbitos de atención sanitaria pone de relieve la necesidad de utilizar un lenguaje estandarizado en los informes de enfermería que permita el registro y acceso a los datos de forma ágil y eficiente (Jones, Lunney, Keenan, & Moorhead, 2010; Keenan, Tschannen, & Wesley, 2008; von Krogh & Naden, 2008). Así, durante las últimas décadas, a nivel internacional se ha impulsado de forma significativa el desarrollo de diferentes taxonomías y sistemas de clasificación que traduzcan a una terminología estandarizada la labor específica de enfermería en el cuidado y atención a las personas (Juvé Udina, Gonzalez Samartino, & Matud Calvo, 2012; Saranto et al., 2014; Tastan et al., 2014; von Krogh & Naden, 2008). En la actualidad, la American Nurses Association reconoce hasta 13 terminologías y conjuntos de datos diferentes para plasmar los distintos aspectos de la práctica asistencial en enfermería (American Nurses Association (ANA), 2015) (ver tabla 1).

**Tabla 1. Terminologías enfermeras reconocidas por la ANA**

	Ámbito de aplicación	Contenido
<b>Conjuntos de datos</b>		
<b>NMDS- Nursing Minimum Data Set</b>	Cualquier ámbito de actuación de enfermería	Elementos sobre datos clínicos
<b>NMMDS- Nursing Management Minimum Data Set</b>	Cualquier ámbito de actuación de enfermería	Elementos sobre datos de gestión de enfermería
<b>Terminologías de interface</b>		
<b>CCC-Clinical Care Classification</b>	Ámbito residencial	Diagnósticos, intervenciones y resultados
<b>ICNP®- International Classification of Nursing Practice</b>	Cualquier ámbito de actuación de enfermería	Diagnósticos, intervenciones y resultados
<b>Clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA-I</b>	Cualquier ámbito de actuación de enfermería	Diagnósticos
<b>Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC</b>	Cualquier ámbito de actuación de enfermería	Intervenciones
<b>Clasificación de resultados de Enfermería NOC</b>	Cualquier ámbito de actuación de enfermería	Resultados
<b>OMAHA SYSTEM</b>	Ámbito comunitario y residencial	Diagnósticos, intervenciones y resultados
<b>PCDS- Patient Care Data Set</b>	Cuidados agudos	Diagnósticos, intervenciones y resultados
<b>PNDS- Perioperative Nursing Data Set</b>	Cuidados perioperatorios	Diagnósticos, intervenciones y resultados
<b>Terminologías multidisciplinares</b>		
<b>ABC Codes</b>	Enfermería y otros	Intervenciones
<b>LOINC®- Logical Observation Identifiers Names and Codes</b>	Enfermería y otros	Resultados y valoración
<b>SNOMED CT- Systematic Nomenclature of Medicine Clinical Terms</b>	Enfermería y otros	Diagnósticos, intervenciones y resultados

(American Nurses Association (ANA), 2015)

La aplicación de terminología estandarizada en enfermería ofrece un marco que apoya el proceso de planificación de los cuidados enfermeros y su documentación (Saranto et al., 2014; Tastan et al., 2014). El uso de lenguajes estandarizados para plasmar los elementos del proceso de atención de enfermería (PAE) proporciona un enfoque sistemático al cuidado de los pacientes y permite describir el conocimiento y ámbito de práctica de la enfermería de una forma precisa (Lundberg et al., 2008; Rutherford, 2008; Thoroddsen, Ehnfors, & Ehrenberg, 2010). El manejo de un lenguaje común entre los diferentes profesionales de enfermería en los distintos ámbitos clínicos puede favorecer la comunicación y hacer posible la comparación de datos, actuaciones y resultados entre distintas unidades y/o centros sanitarios, además de beneficiar la continuidad de los cuidados y la comunicación interdisciplinar (Keenan et al., 2008; H. Park, 2014; Thoroddsen et al., 2010).

La incorporación de terminologías estandarizadas a los programas informáticos de documentación clínica ofrece una fuente de datos que incluye ricas y significativas descripciones del cuidado enfermero que pueden ser usadas como base para la investigación y la práctica basada en la evidencia (Kautz & Van Horn, 2008; Keenan et al., 2008; Lunney, 2008; H. Park, 2014; Thoroddsen et al., 2010). Esto puede permitir el avance del conocimiento de la disciplina y aportar visibilidad a las funciones desempeñadas por los profesionales de enfermería, haciendo cuantificables los datos relativos a la atención que prestan a sus pacientes (Kautz & Van Horn, 2008; Lundberg et al., 2008; Rutherford, 2008). Hasta la fecha, los estudios de investigación que han analizado los efectos de la implementación de terminologías enfermeras no han permitido demostrar su efecto positivo sobre resultados de los pacientes, en parte debido a las limitaciones metodológicas en sus diseños (Tastan et al., 2014). Sin embargo, dos revisiones bibliográficas sobre el tema han señalado que el uso de lenguajes estandarizados mejora la cantidad y calidad de los datos documentados en los registros de enfermería, optimizando la aplicación del PAE (Müller-Staub, Lavin, Needham, & van Achterberg, 2006; Saranto et al., 2014).

## 2. Las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC

La clasificación de diagnósticos de enfermería de NANDA Internacional (NANDA-I) (Herdman, 2012), la Clasificación de Resultados de Enfermería- NOC (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería- NIC (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013) son tres terminologías estandarizadas que hacen referencia a los elementos del proceso de enfermería diagnósticos, intervenciones y resultados, conocidas

conjuntamente como taxonomía NANDA-NIC-NOC (NNN) (Johnson et al., 2012). Estas tres clasificaciones están estructuradas en tres niveles: dominios, clases y conceptos (que corresponden a los diagnósticos, intervenciones o resultados). Cada concepto consta de una etiqueta, una definición y un código numérico único.

Entre las nomenclaturas enfermeras existentes, estas tres son las más aplicadas y estudiadas a nivel mundial (Anderson, Keenan, & Jones, 2009; Tastan et al., 2014). El conjunto de las tres clasificaciones tiene el potencial de representar el ámbito de actuación de enfermería en cualquier recurso asistencial (Johnson et al., 2012). Thoroddsen y colaboradores (2010) compararon los diagnósticos e intervenciones de enfermería en cuatro especialidades diferentes, incluyendo las áreas quirúrgica, médica, geriatría y psiquiatría. Estos autores concluyeron que las taxonomías NANDA-I y NIC permitieron ilustrar el conocimiento específico de cada especialidad y resultaron de mucha utilidad para describir las necesidades básicas de los pacientes y el cuidado de enfermería en la práctica clínica (Thoroddsen et al., 2010).

Como en muchos países de nuestro entorno, en España los registros de enfermería forman parte de la información que debe ser recogida en la historia clínica de los pacientes. En el Real Decreto 1093/2010 se establece que los diagnósticos de enfermería expresados con la Taxonomía NANDA-I, junto con los resultados de enfermería expresados con la Taxonomía NOC y las intervenciones de enfermería expresados con la Taxonomía NIC forman parte del conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (BOE, 2002). En consecuencia, dichas clasificaciones están integradas en el software de gestión clínica de la mayoría de los Servicios de Salud autonómicos (Porcel Gálvez, 2011).

### 3. Clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA-I

Actualmente, la taxonomía NANDA-I recoge 217 diagnósticos de enfermería diferentes (Herdman, 2012). Durante la última década, la investigación sobre esta clasificación ha sufrido un importante impulso a nivel internacional, lo que está permitiendo ampliar la calidad y rigor de la evidencia que sustenta a los diagnósticos de enfermería existentes. No obstante es preciso seguir trabajando en la revisión de los diagnósticos ya incluidos y en el desarrollo de nuevos con el fin de perfeccionar y completar dicha taxonomía (Herdman, 2012; Lunney, 2008).

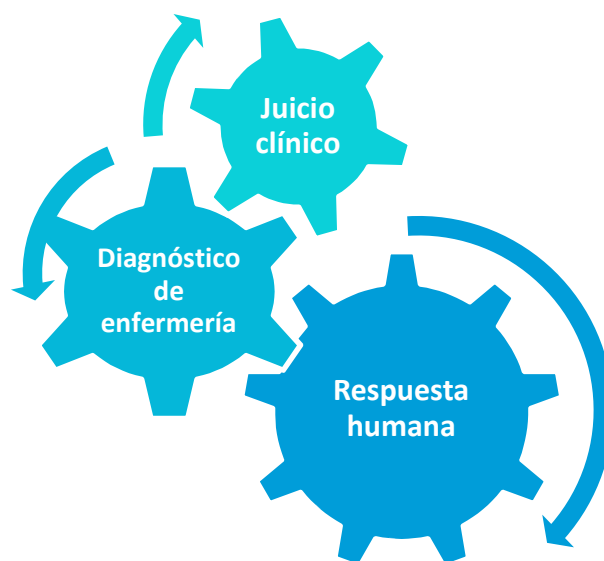


## Definición de diagnóstico de enfermería

Un diagnóstico de enfermería “es un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable. Un diagnóstico de enfermería real describe respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que existen en una persona, familia, grupo o comunidad” (Herdman, 2012, p. 515).

Gordon (1996) desarrolló un análisis detallado de los términos clave de la definición de diagnóstico de enfermería propuesta por la NANDA-I (figura 1). Así, esta autora subraya que un diagnóstico enfermero es un *juicio clínico*, es decir, es el resultado de la interpretación y el análisis realizado por la enfermera de la observación de una serie de signos y síntomas. Este juicio clínico se centra en la *respuesta* de un individuo, familia o comunidad. Una respuesta humana es el conjunto de signos o síntomas que revelan una reacción (a nivel fisiológico, psicológico, social o espiritual) ante un proceso vital o problema de salud real o potencial. Los problemas de salud se refieren a desviaciones existentes o potenciales en la salud del individuo, familia o comunidad (Gordon, 1990, 1996). Los diagnósticos de enfermería aplicados al juicio clínico proporcionan un modelo para organizar y razonar sobre un conjunto de observaciones empíricas (Gordon, 1996).

**Figura 1. Interdependencia entre los elementos de la definición de diagnóstico de enfermería**



### Diagnósticos de enfermería vs. Problemas de colaboración

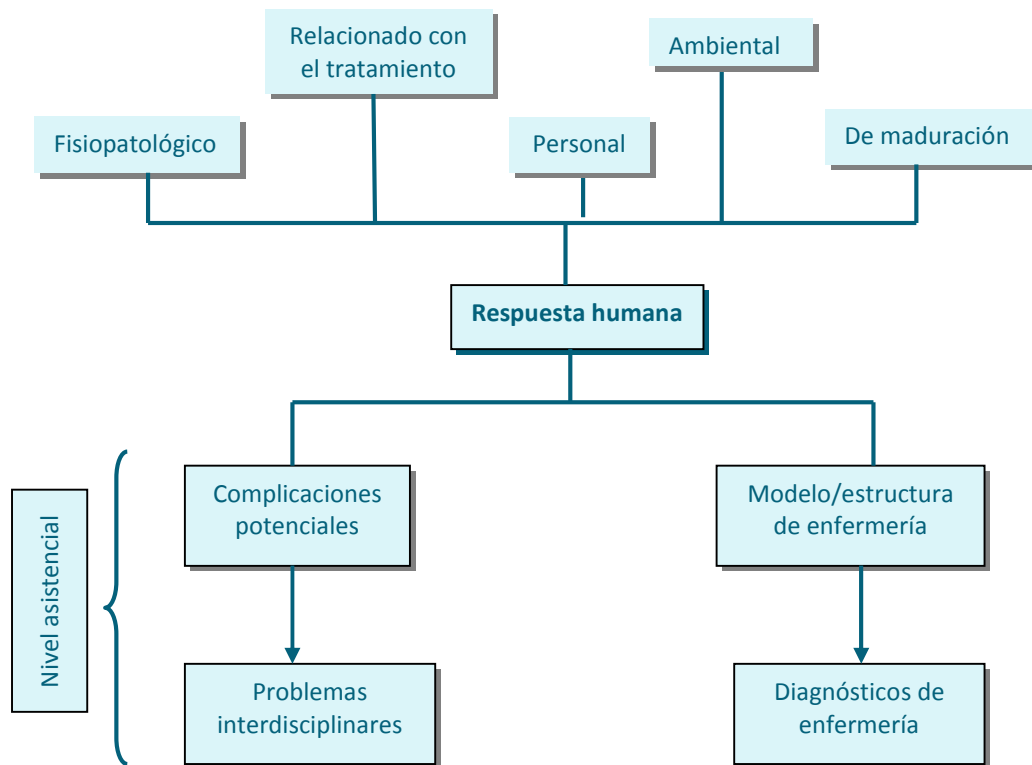
La definición anterior se centra en la práctica autónoma e independiente de la enfermera. Así, los diagnósticos de enfermería se referirán a aquellas situaciones en las que la responsabilidad primaria recaiga sobre el profesional de enfermería. Será este quién diagnostique y vigile la evolución del problema, y además tenga el cometido de determinar, aplicar y evaluar las intervenciones necesarias para solucionar o paliar dicha situación. Por lo tanto, el profesional de enfermería será el responsable de la consecución de los resultados deseados (Carpenito, 2002; Luis Rodrigo, 2013).

Sin embargo, el cuidado y atención a los pacientes no es competencia exclusiva de los profesionales de enfermería sino de un equipo multidisciplinar. De esta forma en la práctica clínica las enfermeras llevan a cabo multitud de actividades en colaboración con otros profesionales. Carpenito (2002) introdujo el concepto de “problemas interdisciplinares” para designar a aquellas complicaciones fisiológicas que las enfermeras monitorizan y/o abordan con intervenciones prescritas por los médicos. En el contexto español, se aplica el término “problemas de colaboración” definido como:

*“Problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico”* (Luis Rodrigo, Fernández Ferrín, & Navarro Gómez, 2000, p. 6).

Los problemas de colaboración se referirán a posibles complicaciones de la situación fisiopatológica del paciente, de su tratamiento o de las pruebas diagnósticas a las que haya sido sometido. La terminología que se utilizará para denominar este tipo de problemas será principalmente médica (Luis Rodrigo, 2013). A diferencia de los diagnósticos de enfermería, que pertenecen al ámbito de la práctica independiente de las enfermeras, los problemas de colaboración se llevan a cabo en cooperación con otro profesional y será éste quien tenga la responsabilidad sobre el resultado final del problema. Carpenito (2002) propuso el modelo bifocal de práctica clínica (figura 2) conjugando ambos conceptos: los diagnósticos de enfermería y los problemas interdisciplinares.

Figura 2. Modelo bifocal de práctica clínica (©1985, Linda Juall Carpenito)



### Componentes del diagnóstico de enfermería

Cada diagnóstico de enfermería está compuesto por una serie de elementos: etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados. A continuación, se definirá cada uno de estos componentes y se detallarán sus características más pertinentes.

#### Etiqueta

La etiqueta se refiere al nombre dado al diagnóstico de enfermería. Los términos utilizados deben ser claros, concisos y precisos. La etiqueta expresa el significado del concepto diagnóstico y es representativa de la definición y las características definitorias (Carpenito, 2002; Gordon, 1990).

#### Definición

La definición describe la etiqueta de forma clara y precisa, sin incluir los términos utilizados en ésta. Además es importante que permita diferenciar un diagnóstico dado de aquellos que son similares (Carpenito, 2002; Scroggins, 2010). La definición tiene que ser específica, concisa y ser consistente con el nombre de la etiqueta y las características definitorias (Gordon, 1990).

### **Características definitorias**

Las características definitorias son aquellos datos observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico ya sea este real, de promoción de la salud o de salud (Scroggins, 2010). El conjunto de características definitorias deben ser indicadores válidos y fiables que representen de forma operativa a la definición, facilitando el juicio terapéutico y permitiendo discriminar entre diferentes diagnósticos (Gordon, 1990).

### **Factores relacionados**

Los factores relacionados son aspectos que guardan alguna relación con el diagnóstico de enfermería, es decir, que han contribuido de alguna forma al cambio en el estado de salud. Pueden funcionar como antecedentes, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o favorecedores de (Scroggins, 2010). Carpenito (2002) los clasifica como fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, de situación o de maduración. Gordon (1990) sugiere que los factores relacionados son la base para la planificación de intervenciones por lo que deben describir un problema terapéutico que pueda ser abordado por la enfermera dentro del plan de cuidados. Así, esta autora apunta que aunque los diagnósticos o procedimientos médicos pueden ser también factores relacionados, su inclusión no resulta útil para la selección de las intervenciones enfermeras desde el punto de vista clínico (Gordon, 1990, 1996).

### **Desarrollo de los diagnósticos de enfermería**

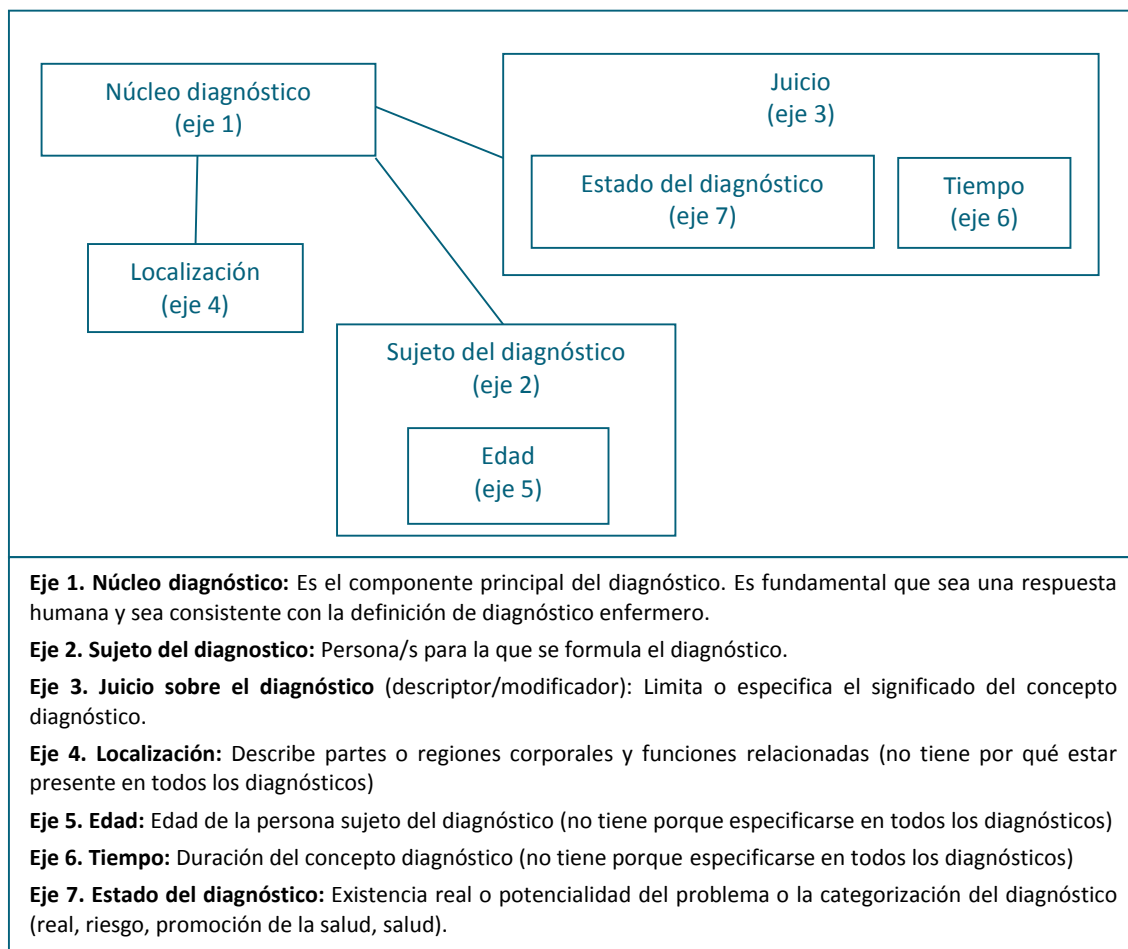
La NANDA-I es el organismo de referencia encargado del desarrollo de la clasificación y taxonomía de los diagnósticos de enfermería, con sede en EEUU. Es una organización internacional compuesta por miembros de multitud de países que trabajan en el desarrollo y revisión de los diagnósticos de enfermería. Para ello, se divide en diversos comités y grupos de trabajo. Uno de estos comités es el Comité de Desarrollo Diagnóstico cuya función es llevar a cabo la revisión de las propuestas de diagnósticos de enfermería recibidas.

La clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA-I se actualiza de forma periódica a través de la publicación de nuevas versiones en las que se introducen nuevos diagnósticos de enfermería o se excluyen algunos de los existentes. Con carácter bianual, la NANDA-I organiza una conferencia en la que se exponen los últimos avances en el campo de la investigación y aplicación de los diagnósticos de enfermería. En esta conferencia, los miembros votan de forma democrática la inclusión y/o eliminación de aquellos diagnósticos propuestos por el Comité de Desarrollo Diagnóstico (Herdman, 2012).

Cuando se detecta un nuevo concepto diagnóstico o se desea modificar uno ya existente, cualquier profesional de enfermería puede presentar una propuesta al Comité de Desarrollo Diagnóstico a través de la web de la NANDA-I. Para que un diagnóstico de enfermería sea aprobado debe cumplir una serie de requisitos. En primer lugar, debe constar de todos los componentes (etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados) y estos deben estar abalados por bibliografía. Además, se recomienda aportar ejemplos de intervenciones NIC y resultados NOC relevantes (Scroggins, 2010). La bibliografía aportada debe ser reciente (5 últimos años), principalmente evidencia empírica y preferiblemente centrada en el ámbito de la disciplina de Enfermería, aunque se puede utilizar literatura de apoyo relacionada con las ciencias psicosociales (Scroggins, 2010).

En la literatura se pueden encontrar una serie de recomendaciones y pautas para el desarrollo de un diagnóstico de enfermería. En primer lugar, durante el proceso de creación, desde la NANDA-I se aconseja analizar los siete ejes de la Taxonomía II representados en la figura 3, que son las dimensiones de la respuesta humana (Scroggins, 2010).

**Figura 3. Modelo de la NANDA-I para un diagnóstico enfermero**



(Scroggins, 2010)

Gordon (1990, 1996) enfatiza que a la hora de crear un diagnóstico de enfermería se debe tener en cuenta que su foco conceptual debe circunscribirse a los límites de la disciplina de Enfermería tanto a nivel teórico como de práctica profesional. Por lo tanto, los datos de los que se deriva el diagnóstico deben poder ser observados de forma independiente en la valoración de enfermería. El problema enunciado por el diagnóstico tiene que ser susceptible de ser solucionado por intervenciones enfermeras. Y finalmente, las enfermeras son las que asumirán la responsabilidad de la situación y los resultados obtenidos (Gordon, 1990, 1996). Todo ello es coherente con la definición de diagnóstico de enfermería.

Desde los años 70 y 80, la NANDA-I ha manifestado un especial interés por el desarrollo y aplicación de diseños y métodos de investigación adecuados para el estudio y validación de los diagnósticos de enfermería (Parker & Lunney, 1998; Whitley, 1999). Esta organización considera la validación de diagnósticos de enfermería como una prioridad de investigación, necesaria para mejorar el cuidado y aumentar el desarrollo profesional (Herdman, 2012). Se reconoce que es preciso la implementación de muchos más de proyectos de investigación, en diversas poblaciones, para desarrollar nuevos diagnósticos y refinar los existentes (Lunney, 2008).

Lunney (2010) explica que es necesario aplicar diferentes métodos y enfoques metodológicos para el estudio de cada diagnóstico de enfermería. Hasta la fecha, han sido propuestos numerosos modelos y métodos y se han desarrollado multitud de estudios de validación de diferentes diagnósticos de enfermería (Creason, 2004; Fehring, 1987; Gordon & Sweeney, 1979; Grant, Kinney, & Guzzetta, 1990; Whitley, 1999). A nivel metodológico, varios autores han planteado lo que se podría calificar como un itinerario de investigación a seguir en el desarrollo de un determinado diagnóstico de enfermería (figura 4) (Fehring, 1987; Herdman, 2012; Whitley, 1999). Así, es recomendable comenzar estableciendo una base teórica y conceptual sobre el fenómeno al que se refiere el diagnóstico de enfermería mediante revisiones bibliográficas y/o análisis conceptuales. Los siguientes pasos implican continuar con el proceso de validación, primero de contenido y, posteriormente, clínica. En base a las fases de este itinerario, la NANDA-I establece una serie de niveles de evidencia para catalogar el nivel de desarrollo y alcance de la investigación existente para cada diagnóstico de enfermería (figura 4). Así, se fija como criterio mínimo para la aceptación de un diagnóstico de enfermería, la existencia de una revisión bibliográfica y/o un análisis de concepto.

Figura 4. Itinerario de investigación para el desarrollo de un diagnóstico de enfermería



#### 4. El diagnóstico de enfermería “trastorno de los procesos de pensamiento”

El diagnóstico de enfermería “*trastorno de los procesos de pensamiento*”<sup>1</sup> es definido como un “trastorno de las operaciones y actividades cognitivas” (NANDA International, 2010). Este diagnóstico, anteriormente conocido como “alteración de los procesos de pensamiento”, fue incluido en la taxonomía NANDA-I desde su primera edición en 1973 (Gordon & Sweeney, 1979) y revisado posteriormente en 1996. Debido a la falta de evidencia existente en lo referente a su desarrollo conceptual y validación, este diagnóstico fue retirado de la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA-I en la edición 2012-2014 (Herdman, 2012).

En la tabla 2 se presentan los componentes de última versión (revisada en 1996) de este diagnóstico que estaba incluida en la edición 2009-2011 de la Taxonomía NANDA-I. En la tabla 3 se describen los elementos de su versión inicial (incluida desde 1973).

Tabla 2. Componentes del diagnóstico de enfermería VR-TPP (versión 1996)

<b>Etiqueta</b>	Trastorno de los procesos de pensamiento (00130)
<b>Definición</b>	<i>Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas.</i>
<b>Características definitorias</b>	Disonancia cognitiva; facilidad para distraerse; egocentrismo; hipervigilancia; hipovigilancia; interpretación inexacta del entorno; pensamiento inapropiado; déficit de memoria.
<b>Factores relacionados</b>	Pendientes de desarrollo

(NANDA International, 2010, p. 402)

<sup>1</sup> Por motivos de claridad y brevedad, a lo largo de este texto, se utilizarán dos acrónimos para referirse al diagnóstico de enfermería *trastorno de los procesos de pensamiento*. Para referirse a la versión de este diagnóstico retirada de la taxonomía NANDA-I se utilizará **VR-TPP**. Para referirse, en general al trastorno de los procesos de pensamiento y a la nueva versión de este diagnóstico de enfermería que se ha desarrollado en el estudio se utilizará **TPP**.

Tabla 3. Componentes del diagnóstico de enfermería VR-TPP (versión 1973)

<b>Etiqueta</b>	Alteración de los procesos de pensamiento (00130)
<b>Definición</b>	<i>Estado en que el individuo experimenta una interrupción en las operaciones y actividades cognitivas.</i>
<b>Características definitorias</b>	Interpretación inexacta del entorno; disonancia cognitiva; tendencia a la distracción; déficit/problemas de memoria; egocentrismo; hipervigilancia o hipovigilancia.
<b>Factores relacionados</b>	Pendientes de desarrollo

(NANDA, 1994, p. 70)

El diagnóstico de enfermería VR-TPP tiene especial relevancia clínica en el ámbito de la salud mental, donde demuestra ser uno de los más utilizados (Escalada Hernández, Muñoz Hermoso, & Marro Larrañaga, 2013). Los estudios existentes indican que la frecuencia de este diagnóstico en pacientes psiquiátricos ingresados en unidades de agudos varía entre el 38% y el 94% (Sales Orts, 2007; Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011; Vílchez Esteve, Atienza Rodríguez, Delgado Almeda, González Jiménez, & Lorenzo Tojeiro, 2007) y en ancianos con deterioro cognitivo se sitúa entre el 29% y 52% (Maas & Buckwalter, 1988; M. Park, Delaney, Maas, & Reed, 2004). Los resultados de estos estudios sugieren que el diagnóstico de enfermería VR-TPP ilustra un problema comúnmente atendido por las enfermeras en determinados contextos sanitarios.

## 5. Justificación del estudio

Como se ha explicado, la taxonomía NNN es una gran herramienta que permite plasmar de forma precisa la labor desarrollada por los profesionales de enfermería en el cuidado de sus pacientes. Sin embargo, diversos proyectos de investigación han puesto de manifiesto que en determinadas especialidades, como la psiquiatría, las enfermeras abordan fenómenos de salud en su práctica diaria que no están recogidos en dichas clasificaciones (Frauenfelder, Müller-Staub, Needham, & Van Achterberg, 2011; Thomé, Centena, Behenck, Marini, & Heldt, 2014). Esto evidencia la necesidad de seguir trabajando e investigando para contribuir a que estas terminologías sean más exhaustivas y completas.

Se ha demostrado que el diagnóstico de enfermería VR-TPP es muy frecuente en el ámbito de la salud mental y recoge un fenómeno de interés para los profesionales de enfermería. Su exclusión de la taxonomía NANDA-I dificulta que los profesionales de enfermería que abordan dicha respuesta humana en su práctica diaria puedan incluirlo en los planes de cuidados y por



lo tanto, puedan registrar de forma rigurosa el cuidado prestado a sus pacientes. Así, es esencial que se desarrollen proyectos de investigación que contribuyan a mejorar la base conceptual y empírica del diagnóstico TPP y favorezcan su introducción de nuevo en la taxonomía NANDA-I. La inclusión de nuevo en esta clasificación del diagnóstico TPP ayudará a ampliarla y completarla, facilitando así un registro más adecuado y preciso de la atención de enfermería, proporcionando una fuente de datos sistemática e integral que aporte visibilidad a las funciones desempeñadas por los profesionales de enfermería (Herdman, 2012).

**Con el objetivo de contribuir al desarrollo de evidencia sobre el diagnóstico de enfermería TPP, se realizó el presente estudio de investigación, cuyos detalles se exponen a continuación.**

## II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

---

---



## 1. Hipótesis

El presente proyecto se basa en la hipótesis de trabajo de que el trastorno de los procesos de pensamiento, entendido como la alteración de la capacidad para procesar la información, valorar las alternativas y tomar decisiones, es un problema real experimentado por los pacientes, y que dicha respuesta es susceptible de actuación por parte de los profesionales de enfermería dentro de su práctica autónoma, por lo que constituye un diagnóstico de enfermería.

## 2. Objetivos

El objetivo general de este proyecto de investigación es elaborar una nueva versión del diagnóstico de enfermería “*trastorno de los procesos de pensamiento*” y llevar a cabo su validación de contenido por un panel de expertos. La versión validada del diagnóstico será presentada a la NANDA-I para su inclusión de nuevo en la clasificación de diagnósticos de enfermería.

Los objetivos específicos y los objetivos operativos de este estudio son los detallados a continuación:

1. Desarrollar una revisión conceptual sobre el diagnóstico de enfermería TPP y su aplicabilidad clínica.

1.1 Analizar la evidencia existente con relación a la prevalencia y aplicación clínica del diagnóstico.

1.2 Determinar las características más frecuentes de los pacientes con VR-TPP en base a datos empíricos recogidos en una muestra de pacientes psiquiátricos y psicogerítricos.

1.3 Examinar los usos del concepto “procesos de pensamiento” en la literatura científica en enfermería.

1.4 Revisar y analizar conceptualmente los fenómenos y problemas de salud secundarios a alteraciones en el pensamiento abordados por los profesionales de enfermería, reflejados en la literatura.

2. Elaborar una nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP y todos sus componentes.
  - 2.1 Reformular el nombre del diagnóstico y su definición.
  - 2.2 Refinar y ampliar las características definitorias.
  - 2.3 Desarrollar y proponer posibles factores relacionados.
  
3. Llevar a cabo la validación de contenido por expertos de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP.
  - 3.1 Desarrollar un estudio de validación de contenido por expertos de la versión modificada del diagnóstico de enfermería TPP.
  - 3.2 Explorar la percepción de un panel de expertos sobre su relevancia en la práctica clínica.

# III. METODOLOGÍA

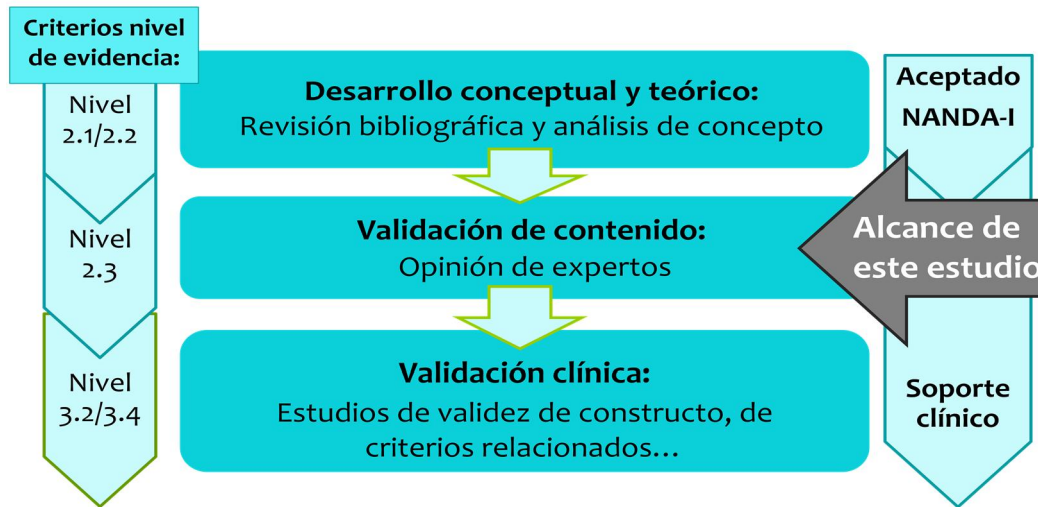
---

La validez de un instrumento se refiere al grado en que los ítems de dicho instrumento miden realmente el fenómeno que se quiere medir (Burns & Grove, 2005). Con relación a los diagnósticos de enfermería la validez se refiere a si un diagnóstico de enfermería dado es representativo de una condición experimentada por los pacientes en la práctica clínica (Creason, 2004). La validez de contenido de un diagnóstico de enfermería se determina con la evaluación de sus características definitorias, valorando si se manifiestan agrupadas en un número suficiente de casos y representan el estado real del paciente (Gordon & Sweeney, 1979; Sparks & Lien-Gieschen, 1994). Además, Creason (2004) enfatiza la importancia de validar no sólo las características definitorias, sino también los factores relacionados.

Según indica la bibliografía, tanto el desarrollo de una nueva etiqueta diagnóstica como la revisión de una ya existente deben ir precedidos por una primera fase centrada en el desarrollo conceptual y teórico del diagnóstico de enfermería. El objetivo de esta fase es plantear el nombre de la etiqueta, la definición, las características definitorias y los factores relacionados. Para ello, se enfatiza la importancia de desarrollar previamente una revisión bibliográfica y conceptual, y establecer la validez de contenido del diagnóstico bajo estudio. Con posterioridad, según sugieren varios autores, se deberá proceder al estudio y análisis de las aplicaciones clínicas del diagnóstico con estudios de validación clínica, validez del constructo y de los criterios relacionados o estudios epidemiológicos entre otros (Avant, 1990; Creason, 2004; Fehring, 1994; Gordon, 1990; Lunney, 2010).

Como se ha explicado en la introducción, la NANDA-I establece una serie de niveles de evidencia para catalogar el grado de desarrollo y alcance de la investigación existente para cada diagnóstico de enfermería (Herdman, 2012). En la figura 5, se presenta de nuevo la síntesis del proceso y fases en el desarrollo de un diagnóstico de enfermería y los criterios establecidos por la NANDA-I para su inclusión en la clasificación, indicando esta vez el alcance de este proyecto.

Figura 5. Itinerario de investigación para el desarrollo de un diagnóstico de enfermería



Como se puede ver, en este estudio se llevaron a cabo las dos primeras fases, obteniendo un nivel de evidencia 2.3, siendo suficiente para la presentación a la NANDA-I de la versión validada del diagnóstico de enfermería TPP.

## 1. Diseño



De acuerdo al grado de abstracción y al grado de generalización, se trata de una investigación pura (básica) y fundamental, cuyo objetivo se centra en el aumento de la construcción teórica.

Con un diseño exploratorio y descriptivo, se han seguido las premisas propuestas por la NANDA-I para el desarrollo conceptual y validación de los diagnósticos de enfermería.

El estudio ha ejecutado en dos fases (tabla 4). Una primera fase de desarrollo y revisión conceptual, en base a la se planteó una nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP y una segunda fase, en la que se procedió a la validación de contenido de cada uno de los componentes del diagnóstico a través de la consulta de expertos y la búsqueda de consenso mediante la técnica Delphi con el envío de cuestionarios de forma electrónica. Cada una de las fases será explicada con detalle a continuación.



Tabla 4. Fases de desarrollo del estudio

<p><b>FASE I: REVISIÓN CONCEPTUAL</b></p> 	<p><b>Derivación conceptual</b>  <i>Revisión bibliográfica:</i> análisis evidencia sobre el diagnóstico de enfermería VR-TPP  <i>Revisión bibliográfica:</i> fenómenos de salud abordados por enfermería relacionados con la cognición y el pensamiento  <i>Revisión conceptual:</i> conceptos cognición y pensamiento</p>
	<p><b>Estudio empírico</b>  Frecuencia y características asociadas al diagnóstico de enfermería VR-TPP en una muestra de pacientes psiquiátricos</p>
	<p><b>Propuesta de una nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP</b></p>
<p><b>FASE II: VALIDACIÓN DE CONTENIDO</b></p> 	<p><b>Modelo de Validación de Contenido Diagnóstico (Fehring, 1987,1994)</b>  Validación de contenido del diagnóstico de enfermería TPP</p>
	<p><b>Técnica Delphi</b>  Panel de expertos: consultar opinión / establecer consenso</p>
	<p><b>Nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP validada</b></p>
<p><b>Envío de propuesta del diagnóstico de enfermería a la NANDA-I</b></p>	

## III.1 Metodología Fase I: Desarrollo y revisión conceptual

---

El diagnóstico de enfermería VR-TPP presenta una alta prevalencia y representa un problema de salud atendido frecuentemente por los profesionales de enfermería, principalmente en el campo de la salud mental. Sin embargo, en la bibliografía también se ha puesto de manifiesto que este diagnóstico de enfermería tal y como estaba formulado en la Taxonomía NANDA-I antes de su exclusión, en ocasiones podía resultar abstracto y general, lo que dificultaba su aplicación en la práctica clínica (Harvey et al., 1999).

Se ha señalado que el diagnóstico de enfermería VR-TPP precisa un mayor grado de desarrollo conceptual, teniendo en cuenta que el constructo “pensamiento” es muy amplio y complejo (Ugalde Apalategui & Rigol i Cuadra, 1995). Por este motivo, en el presente proyecto de investigación se puso especial énfasis y se invirtió gran esfuerzo en el desarrollo y revisión conceptual del diagnóstico de enfermería TPP.

Mediante un diseño riguroso y de calidad, se ha buscado realizar una revisión teórica exhaustiva que ha permitido perfeccionar y completar los distintos componentes del diagnóstico con el fin de conseguir una nueva versión de este diagnóstico de enfermería mejorada y con gran aplicabilidad clínica.

## 1. Metodología para el desarrollo conceptual

Como ya se ha explicado, cada diagnóstico de enfermería es un concepto que representa un fenómeno de interés y de relevancia para la disciplina de Enfermería (Avant, 1991). Así, para desarrollar o refinar un diagnóstico enfermero, el primer paso consiste en la identificación y formulación del concepto diagnóstico. Cada concepto diagnóstico debe ser desarrollado con métodos sistemáticos (Avant, 1991; Walker & Avant, 2011).

“Un concepto es una imagen mental de un fenómeno, una idea, o un constructo en la mente sobre una cosa o acción. No es la cosa o acción, es la imagen de ello (Kaplan, 1964)” (Walker & Avant, 2011, p. 59). Los conceptos son definidos como los componentes básicos de la teoría (Walker & Avant, 2011). Los conceptos juegan un papel fundamental en el avance de conocimiento en cualquier disciplina. Son el medio por el que se organizan los datos y se profundiza en ellos, para desarrollar, testar y transformar teorías (Morse, Hupcey, & Cerdas, 1996). Muchos conceptos poseen una naturaleza abstracta, por lo que su estudio estará basado en la identificación de sus componentes. En la literatura, se han utilizado diferentes términos para denominar los componentes de los conceptos como son atributos, características definitorias, elementos constitutivos, propiedades, etc. (Morse, 1995).

Numerosos autores han propuesto métodos sistemáticos para desarrollar, ampliar y perfilar conceptos. Uno de los enfoques para desarrollo teórico y conceptual más extendidos dentro de la disciplina de Enfermería es el planteado por Walker y Avant (Walker & Avant, 2011). Estos autores proponen tres tipos de estrategias (derivación, síntesis y análisis) para tres niveles de construcción teórica (conceptos, afirmaciones y teorías). La estrategia más adecuada se debe seleccionar para cada caso concreto, teniendo en cuenta los objetivos del proyecto y el estado de la base de conocimiento teórico existente (Walker & Avant, 2011).

Para el desarrollo o revisión de un determinado diagnóstico de enfermería, la literatura aconseja llevar a cabo un análisis de concepto junto con una revisión bibliográfica en la fase previa a la validación de contenido del mismo (Fehring, 1994; Herdman, 2012; Whitley, 1995, 1999). Un análisis de concepto (*concept analysis*) es un proceso por el cual se examinan los elementos básicos de un concepto (Walker & Avant, 2011). El objetivo final de esta técnica es elaborar una definición operativa para el concepto y determinar sus principales atributos (características definitorias), antecedentes y consecuencias (factores relacionados), todo ello basado en la literatura (Whitley, 1995).

En este estudio, sin embargo, se utilizó la estrategia derivación conceptual (*concept derivation*). Esta técnica se consideró más adecuada ya que el conocimiento teórico existente dentro de la disciplina de enfermería sobre el constructo “trastorno de los procesos de pensamiento” no era suficiente como para desarrollar un análisis de concepto.

La derivación conceptual consiste en redefinir un concepto procedente de una disciplina para que encaje en otra disciplina (Walker & Avant, 2011). El concepto de la primera disciplina es modificado para reflejar un fenómeno en la segunda disciplina. Los nuevos conceptos incluyen alguna de las características de su disciplina original pero son diferentes en foco y se ajustan más al contexto de la nueva disciplina (Avant, 1991). Esta metodología puede resultar de utilidad cuando un investigador reconoce un determinado fenómeno en la práctica pero no existe un término adecuado en su disciplina para representarlo. Tal y como apuntan estos autores, esta técnica puede ser utilizada en el desarrollo de diagnósticos de enfermería. Walker y Avant (2011) sugieren cuatro pasos en esta técnica:

1. Revisar extensamente la literatura sobre el fenómeno de interés
2. Examinar otros campos de conocimiento alternativos para observar otros puntos de vista sobre el fenómeno de interés
3. Seleccionar un concepto del campo alternativo para utilizarlo en el proceso de derivación
4. Redefinir el concepto para adaptarlo a su disciplina.

## 2. Proceso de derivación conceptual

En esta sección se va a explicar cómo se han seguido los pasos del proceso de derivación conceptual en el estudio. El objetivo de aplicar esta técnica fue revisar y completar la versión retirada de la taxonomía NANDA-I del diagnóstico de enfermería VR-TPP, buscando profundizar en el concepto “trastorno de los procesos de pensamiento” y clarificar su definición y atributos.

En primer lugar, se efectuó una revisión extensa de la literatura dentro de la disciplina de enfermería sobre el fenómeno de interés (procesos de pensamiento; pensamiento). Esta revisión incluyó:

- Revisión sistemática de los estudios y publicaciones relacionados con el diagnóstico de enfermería VR-TPP.
- Revisión y análisis temático de los usos y significados del concepto “procesos de pensamiento” en la literatura científica de la disciplina de Enfermería.
- Revisión bibliográfica integradora con el objetivo de:
  - Describir aquellos fenómenos y/o problemas de salud secundarios a alteraciones del pensamiento que son abordados por los profesionales de enfermería
  - Analizar cómo se define operativamente y se valora la función cognitiva y las alteraciones en el pensamiento

Siguiendo con el proceso de derivación, se examinaron otros campos de conocimiento alternativos (en este caso: psicología, medicina y psiquiatría) para observar otros puntos de vista sobre el fenómeno de interés. Se buscó profundizar conceptualmente en los conceptos de pensamiento y cognición. Se trató de determinar las dimensiones o dominios operativos en los que se descompone el concepto de pensamiento y analizar la valoración de la función cognitiva y sus dimensiones. Esta revisión se centró en identificar un concepto o constructo relacionado con el pensamiento y la cognición que fuera compatible con la definición de diagnóstico de enfermería y que plasmara de forma eficaz un problema susceptible de la intervención de enfermería. Se analizaron las características que lo definían y sus posibles factores relacionados.

En base a ello, se seleccionó un concepto del campo alternativo para utilizarlo en el proceso de derivación. Este concepto fue “*proceso de pensamiento*”. Para terminar con el proceso de derivación, se redefinió el concepto para adaptarlo a la disciplina de enfermería. La adaptación

consistió en el desarrollo de un nuevo diagnóstico de enfermería, cuyo núcleo era: “proceso de pensamiento”. En base a todo el trabajo conceptual, se redactó la definición y se identificaron sus características definitorias (atributos) y factores relacionados (antecedentes).

Los métodos y estrategias de búsqueda aplicados en ambas revisiones bibliográficas serán presentados en los apartados correspondientes. La revisión y análisis temático de los usos y significados del concepto “procesos de pensamiento” en la literatura científica de la disciplina de Enfermería se efectuó tal y como se detalla a continuación:

- Tras una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas nacionales e internacionales, se seleccionaron todos aquellos artículos científicos en los que “procesos de pensamiento” fuese un concepto central o relevante. Se excluyeron los casos clínicos y aquellos textos en los que el término fuese accesorio o secundario y que no permitían extraer una definición del mismo.
- Los artículos finalmente incluidos se clasificaron en categorías según su temática y al significado atribuido al concepto “procesos de pensamiento”.

Así, se extrajeron conclusiones sobre la aplicación y utilidad de este concepto en el cuidado a los pacientes por parte de los profesionales de enfermería. Esta información permitió determinar la adecuación y relevancia del concepto como diagnóstico de enfermería, y valoró si puede ser necesario buscar otro concepto o constructo alternativo relacionado con el pensamiento y la cognición que resulte más válido y preciso como diagnóstico de enfermería.

### **3. Estudio empírico de las características y variables asociadas al diagnóstico de enfermería VR-TPP en pacientes psiquiátricos**

Complementariamente al proceso de derivación y con el objetivo de obtener soporte empírico adicional sobre el diagnóstico VR-TPP en el ámbito clínico, se desarrolló un estudio de las características socio-demográficas y asistenciales y variables relacionadas de una muestra de pacientes psiquiátricos y psicogerítricos con VR-TPP ingresados en recursos asistenciales de media y larga estancia. Se llevó a cabo un análisis secundario de los datos obtenidos en un estudio multicéntrico, con un diseño exploratorio, descriptivo y transversal, titulado Proyecto CUISAM. Los objetivos de dicho estudio eran más extensos y generales, centrados en los diagnósticos de enfermería NANDA-I, resultados NOC e intervenciones NIC más frecuentes entre pacientes psiquiátricos y psicogerítricos y su relación con los diagnósticos médicos. Los detalles del proyecto y sus resultados principales están publicados en un artículo previo

(Escalada-Hernández et al., 2015). El Proyecto CUISAM fue financiado por la Clínica Psiquiátrica Padre Menni y la Fundación M<sup>a</sup> Josefa Recio (Hermanas Hospitalarias).

Tal y como exponen Jaimes Osma y colegas (1998) uno de los objetivos del análisis secundario puede ser el análisis de nuevas cuestiones o hipótesis con los mismos datos primarios, que es lo que pretendía este trabajo. Los datos primarios fueron obtenidos entre junio de 2010 y Julio de 2011 en 5 clínicas psiquiátricas situadas en diferentes ciudades españolas. Estos centros pertenecen a la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y en ellos la Taxonomía NNN se ha incorporado dentro de metodología de trabajo y su aplicación está sistematizada a través del programa informático de gestión asistencial. Esta nomenclatura se utiliza en la práctica habitual como eje de la planificación de cuidados de enfermería desde hace varios años.

Los centros participantes en el estudio principal fueron:

- Clínica Psiquiátrica Padre Menni (Pamplona, Navarra )
- Centro Hospitalario Benito Menni (Elizondo, Navarra)
- Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental (Sant Boi, Barcelona)
- Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (Málaga)
- Complejo Hospitalario San Luis (Palencia)

### Muestra del estudio

En el Proyecto CUISAM, todos los pacientes ingresados que cumplían los criterios de inclusión y exclusión durante el periodo de recolección de datos fueron invitados a participar. Sólo aquellos que firmaron el formulario de consentimiento informado fueron finalmente involucrados en el estudio. Los criterios de inclusión establecidos fueron ser mayor de edad, estar ingresado en uno de los recursos asistenciales bajo estudio (unidades psicogerítricas de larga estancia o unidades psiquiátricas de media o larga estancia) y tener un plan de cuidados de enfermería con la Taxonomía NNN. Por cuestiones éticas, todos los pacientes en situación terminal fueron excluidos.

A todos los sujetos, o sus representantes legales, interesados en participar se les proporcionó información sobre el estudio tanto de forma verbal como escrita y se les pidió que firmaran el impreso de consentimiento informado. Los datos fueron tratados con la máxima confidencialidad y conforme a la ley orgánica de Protección de Datos (15/1999). Para asegurar el anonimato de los participantes cada cuaderno de recogida de datos fue identificado con un

código numérico. El Proyecto CUISAM fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra.

### Recogida y análisis de datos

Los datos fueron recogidos de forma retrospectiva de la historia clínica y registros de enfermería a través del sistema informático de gestión asistencial. Para posibilitar una recogida de datos sistemática, todos los miembros del equipo de investigación emplearon un cuaderno de recogida de datos (CRD; ver ANEXO 1) y recibieron formación sobre como cumplimentarlo de forma adecuada.

El CRD incluía 4 secciones referentes a las características socio-demográficas, información asistencial, códigos NANDA-NIC-NOC y la escala HoNOS, respectivamente. Los datos socio-demográficos recogidos fueron edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de estudios y situación laboral. La información asistencial incluyó el diagnóstico psiquiátrico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (décima versión; CIE-10), el área clínica (psiquiatría o psicogeriatría) y el tipo de recurso asistencial (unidad de media o larga estancia). Con relación a la Taxonomía NNN, se registraron los códigos de los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones documentados en los planes de cuidados. De forma complementaria, se valoró la severidad de los problemas asociados a la enfermedad mental, cuantificada mediante la escala HoNOS en su traducción al castellano desarrollada por Uriarte y colaboradores (Uriarte et al., 1999). Este instrumento consta de 12 ítems y mide diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental (Wing et al., 1998). El uso de esta escala como medida de resultados clínicos está muy extendido y ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas (Pirkis et al., 2005). Para reducir la variabilidad inter-observador, se facilitó al equipo investigador el glosario de la hoja de puntuación de la escala HoNOS que contiene las instrucciones para su cumplimentación (Uriarte et al., 1999) (ver ANEXO 2).

En este análisis secundario, los datos fueron procesados con los programas MS Excel y IBM SPSS Statistics 21. Se realizó un análisis descriptivo mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. Para investigar las potenciales asociaciones entre la presencia del diagnóstico de enfermería VR-TPP y diferentes variables, se llevaron a cabo diferentes análisis inferenciales. Así, para determinar las diferencias entre pacientes con VR-TPP y sin VR-TPP, se aplicó el test Chi-cuadrado para variables categóricas y el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Este último test no paramétrico se utilizó porque



las variables demostraron no seguir una distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff.

**En base a todo el trabajo desarrollado en esta primera fase, se realizó un análisis de la información obtenida y se elaboró la propuesta de una nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP y cada uno de sus componentes: la etiqueta del diagnóstico de enfermería, su definición, sus características definitorias y factores relacionados.**

## **III.2 Metodología de la Fase II: Validación de contenido**

---

En esta segunda fase del estudio, se procedió a la validación de contenido de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP, utilizando el enfoque propuesto por Fehring (Fehring, 1987, 1994). Con el fin de ofrecer una metodología estandarizada para la validación de diagnósticos de enfermería, Fehring propuso distintos procedimientos en 1987 (Fehring, 1987) y los completó y refinó en una publicación posterior en 1994 (Fehring, 1994). Este autor planteó tres modelos para la validación de los diagnósticos de enfermería: el modelo de validación de contenido diagnóstico (*Diagnostic Content Validation Model*), el modelo de validación clínica diagnóstica (*Clinical Diagnostic Validity Model*) y el modelo para la validación diagnóstica diferencial (*Differential Diagnostic Validation Model*). En este proyecto se ha aplicado el modelo de validación de contenido diagnóstico (Fehring, 1987).

En este apartado se describirán el modelo de validación de contenido diagnóstico y las principales características metodológicas de la técnica Delphi. Además, se explicará el proceso de selección y reclutamiento de los expertos que compusieron el panel. A continuación, se explicarán las cuestiones relativas al diseño y distribución del cuestionario y el análisis de los datos. Finalmente, se comentarán los criterios de rigor metodológico y las cuestiones éticas.

## 1. Modelo de validación de contenido para los diagnósticos de enfermería

En este estudio se ha empleado el modelo de validación de contenido diagnóstico propuesto por Fehring (1987) para obtener consenso y validar los diferentes componentes de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP desarrollada en la primera fase: etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados. Este modelo se basa en la obtención de la opinión de un grupo de enfermeras, consideradas expertas, sobre el grado en que cada ítem sugerido es representativo del diagnóstico de enfermería estudiado (Fehring, 1987). Aunque el modelo de validación de contenido diagnóstico se diseñó originariamente para validar las características definitorias, también se ha empleado para validar y conocer la opinión de expertos con relación al nombre, definición y factores relacionados de diferentes etiquetas diagnósticas y determinados resultados NOC e intervenciones NIC (Chaves, De Barros, & Marini, 2010; de Abreu Almeida, da Silva, Panato, de Oliveira Siqueira, & Laurent, 2013; De Lima Lopes, De Barros, & Marlene Michel, 2009).

Este método para la validación de diagnósticos de enfermería se eligió entre los existentes debido a que su uso está muy extendido y se ha aplicado en multitud de proyectos, lo que permitirá posibles comparaciones entre los estudios existentes o su replicación. En la tabla 5

se presentan los nueve estudios más relevantes que han utilizado el modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring en los últimos 5 años. Como se puede observar la procedencia de los estudios es muy variada, lo que indica la expansión internacional de esta línea de investigación. De especial mención son dos proyectos españoles que han realizado estudios de validación de contenido de dos etiquetas diagnósticas diferentes: *estilo de vida sedentario* (00168) (Guirao-Goris & Duarte-Climents, 2007) y *duelo* en caso de pérdida perinatal (00136) (Paloma-Castro et al., 2014). Los investigadores contactaron con el equipo de este último trabajo para contrastar ciertas cuestiones metodológicas.

**Tabla 5. Estudios recientes aplicando el modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring**

Autor (año) País	Diagnóstico de enfermería validado Elementos del diagnóstico validados	Número de expertos Uso de la técnica Delphi
Pehler et al. (in press) EEUU	<i>Añoranza (longing)</i> (nuevo diagnóstico propuesto) Definición, características definitorias y factores relacionados	65 expertos No uso de Delphi
Zeleníková y Maniaková (in press) Eslovaquia y República Checa	<i>Dolor crónico</i> (00133) Características definitorias y factores relacionados	160 expertos No uso de Delphi
Paloma-Castro et al. (2014) España	<i>Duelo</i> (00136) en caso de pérdida perinatal Características definitorias	208 expertos No uso de Delphi
Zeleníková y Maniaková (2014) Eslovaquia y República Checa	<i>Dolor agudo</i> (00132) Características definitorias	161 expertos No uso de Delphi
Appoloni et al. (2013) Brasil	<i>Retraso en la recuperación quirúrgica</i> (00100) Características definitorias y factores relacionados	45 expertos No uso de Delphi
Gurková et al. (2011) Eslovaquia y República Checa	<i>Desesperanza</i> (00124) Características definitorias	88 expertos No uso de Delphi
Pereira de Melo et al. (2011) Brasil	<i>Riesgo de disminución del gasto cardiaco</i> (nuevo diagnóstico propuesto) Etiqueta, definición y Factores de riesgo	25 expertos No uso de Delphi
Chaves et al. (2010) Brasil	<i>Deterioro de la memoria</i> (00131) Definición, características definitorias y factores relacionados	18 expertos No uso de Delphi
Lopes Chaves et al. (2010) Brasil	<i>Sufrimiento espiritual</i> (00066) Etiqueta, definición y características definitorias	72 expertos No uso de Delphi

En la tabla 6 se sintetizan los pasos seguidos en el estudio para la aplicación del modelo de acuerdo a lo propuesto por Fehring (1987, 1994), incluyendo también los aspectos fundamentales en cada uno de ellos. Así, se elaboró un cuestionario en el que se incluyeron cada uno de los elementos de la nueva versión del diagnóstico TPP para su valoración por un panel de enfermeras expertas. Tal y como aconseja la literatura, se puso especial énfasis para asegurar una meticulosa selección de los miembros del panel. Dicho panel estuvo compuesto por dos perfiles diferentes de expertos. Se empleó la técnica Delphi modificada mediante la que se enviaron tres rondas de cuestionarios de forma electrónica para buscar el consenso entre los panelistas. Continuando con el proceso de validación, se calculó el índice de validez de contenido para cada elemento del diagnóstico para el que se obtuvo consenso entre los expertos. Finalmente, se determinó el índice de validez de contenido total de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP.

**Tabla 6. Modelo de validación de contenido diagnóstico**

<p><b>1. Revisión bibliográfica y conceptual previa</b> <i>Para establecer una base empírica y teórica para el diagnóstico de enfermería bajo estudio</i></p>
<p><b>2. Selección de un grupo de expertos</b> <i>Se incide en la importancia de una adecuada selección del grupo, y se recomienda que los profesionales de enfermería participantes cumplan una serie de criterios mínimos en base a su educación, experiencia profesional y su conocimiento previo sobre los diagnósticos de enfermería.</i></p>
<p><b>3. Valoración de los expertos de cada elemento del diagnóstico bajo estudio</b> <i>Mediante una escala Likert los expertos puntúan cada ítem según el grado en que lo consideran indicativo del diagnóstico.</i></p>
<p><b>4. Aplicación de la técnica Delphi para obtener consenso entre el grupo de expertos</b></p>
<p><b>5. Cálculo del índice de contenido diagnóstico para cada elemento</b> <i>Dicho índice se calcula mediante una ponderación asignando un determinado peso a cada valor de la escala. El resultado del índice está entre 0 y 1.</i></p>
<p><b>6. Clasificación de cada elemento en base al valor del índice resultante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el índice es menor a 0,50 el elemento será descartado</li> <li>- Si el índice es mayor o igual 0,51 será validado</li> </ul>
<p><b>7. Cálculo del índice de validez de contenido total del diagnóstico</b> <i>Valora la validez del diagnóstico de enfermería en su conjunto y se obtiene calculando la media de los índices individuales de cada característica definitoria, excluyendo aquellas que hayan sido descartadas.</i></p>

## 2. La técnica Delphi

Según sugiere Fehring la aplicación de la técnica Delphi es un paso opcional en el proceso de validación de contenido de un diagnóstico de enfermería<sup>2</sup>. En este proyecto, se consideró conveniente aplicar la metodología Delphi debido a la naturaleza del diagnóstico de enfermería bajo estudio, que está centrado en el concepto “pensamiento”, el cual puede resultar abstracto y difícil de definir (Eisenhauer, Hurley, & Dolan, 2007). Así, con el propósito de optimizar el proceso de la validación se aplicó la técnica Delphi posibilitando el contraste de opiniones y el consenso entre un grupo de enfermeras expertas.

La técnica Delphi consiste en el envío repetido de un cuestionario en rondas sucesivas con el fin último de alcanzar el consenso entre un panel de expertos sobre un tema de interés (Burns & Grove, 2005; Powell, 2003). Este tipo de investigación permite el intercambio de opiniones y juicios sobre un tema específico sin necesidad de reunir a los participantes de forma presencial y asegurando el anonimato en sus respuestas (Hasson, Keeney, & McKenna, 2000).

En este estudio se ha utilizado la técnica Delphi modificada (Grant & Kinney, 1992; Keeney, Hasson, & McKenna, 2011) en la que desde la primera ronda se utiliza un cuestionario estructurado con respuestas cerradas cuyo contenido se elabora en base a la bibliografía existente sobre la cuestión bajo estudio. Las características fundamentales de la técnica Delphi como método estructurado de investigación son las siguientes (Keeney et al., 2011; Keeney, Hasson, & McKenna, 2001; McKenna, 1994):

- *Participación de un panel de expertos.* Los integrantes del panel son seleccionados en base a su conocimiento y experiencia sobre el tema bajo estudio.
- *Anonimidad.* El hecho de que se asegure que las respuestas al cuestionario sean anónimas, facilita que cada panelista exprese su opinión de forma independiente, sin sentirse influenciado por la identidad del resto de participantes.
- *Rondas iterativas.* El proceso Delphi implica varias rondas de envío de un cuestionario. Se busca que los panelistas manifiesten su opinión sobre las cuestiones planteadas de forma repetida hasta que se alcance el consenso. El número de rondas adecuado depende de los objetivos y tema del estudio. Sin embargo, es importante considerar

---

<sup>2</sup> Dicha opcionalidad queda justificada, según el autor, porque la aplicación de la técnica Delphi puede resultar laboriosa y se puede dilatar demasiado en el tiempo. Sin embargo, también reconoce que puede enriquecer mucho el proceso de validación, ya que dicha metodología ofrece la posibilidad de no sólo conocer la opinión de los panelistas, si no de llegar al consenso entre ellos (Fehring, 1987). Son muy pocos los estudios que siguen el modelo de validación de contenido diagnóstico empleando la técnica Delphi (Grant & Kinney, 1992; Whitley, 1999). Así, como se puede ver en la tabla 5, ninguno de los estudios más recientes la ha utilizado.

que a mayor número de rondas, mayor es el riesgo de disminución en la tasa de respuesta.

- *Feedback sobre las respuestas del grupo.* En cada ronda se proporciona un resumen estadístico sobre las respuestas del conjunto a cada pregunta en la ronda anterior. Esto permite a los panelistas evaluar su posición respecto a la del grupo y reconsiderar su posicionamiento.
- *Consenso.* Al analizar las respuestas, se estima el grado de acuerdo entre los miembros del panel y se valora si se ha alcanzado el consenso de acuerdo a unos criterios fijados con anterioridad.

En las siguientes secciones, se expondrá cómo se han abordado estos aspectos esenciales de la técnica Delphi en este estudio.

### 3. Sujetos del estudio: Expertos

#### Selección de los expertos del panel: aspectos a considerar

En los estudios de validación de diagnósticos de enfermería, la selección de los integrantes del panel de expertos es un tema de vital importancia dado que el proceso de validación se sustenta en base a sus opiniones. Es importante, por lo tanto, atender a las características de los panelistas, para asegurar que su opinión sea informada y formada. La selección de los expertos puede influir en los resultados (Galdeano & Ross, 2006; Guirao-Goris & Duarte-Climents, 2007) y afectar a la fiabilidad y validez del estudio (Creason, 2004; Grant & Davis, 1997).

A pesar de que se reconoce que la selección de los expertos en este tipo de estudios es un aspecto crítico, en la literatura no existe unanimidad sobre los parámetros que se deben aplicar para su elección (Campos de Carvalho et al., 2008; Fehring, 1994; Galdeano & Ross, 2006; Levin & Wilkinson, 2001; Quatrini Carvalho Passos Guimarães, Barbosa Pena, de Lima Lopes, Takao Lopes, & Bottura Leite de Barros, 2015). Tampoco ha habido recomendaciones específicas por parte de la NANDA-I sobre el tema (Levin & Wilkinson, 2001). En su segunda publicación sobre el modelo, Fehring propuso un sistema de puntuación para la selección de expertos en el que se valoran diferentes aspectos (tabla 7). Según propone para ser calificado como experto se debe obtener una puntuación superior a 5 puntos (Fehring, 1994).

Tabla 7. Sistema de puntuación para la valoración de expertos propuesto por Fehring

Crterios	Puntuación
Máster en Enfermería	4
Máster en Enfermería con un trabajo de tesis relacionado con el diagnóstico de interés	1
Investigación publicada sobre el diagnóstico bajo estudio u otro contenido relacionado	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 año de duración en un área relacionada con el diagnóstico de interés	1
Especialización en un ámbito clínico relacionado con el diagnóstico de interés	1

*(Fehring, 1994, p. 59)*

Sin embargo, tal y como señalan Levin y Wilkinson (2001) dicho sistema de puntuación no se ha utilizado en muchos de los estudios existentes sobre validación de diagnósticos, pudiendo encontrar definiciones de expertos muy dispares. Esto puede ser debido, en parte, a que estos criterios resultan difíciles de alcanzar fuera del contexto anglosajón, dado las diferencias existentes entre países con relación a los planes de estudio y la producción científica en el ámbito de la enfermería (Campos de Carvalho et al., 2008; Guirao-Goris & Duarte-Climents, 2007; Levin & Wilkinson, 2001).

Para profundizar en este aspecto, en la tabla 8 se ilustra la estrategia de muestreo y los criterios aplicados para la composición del panel de expertos en los estudios de validación más recientes ya presentados en la tabla 5. Como se puede observar, algunos de ellos utilizan una adaptación del sistema de puntuación de Fehring (1994) y otros aplican sus propios criterios. Las adaptaciones realizadas al sistema propuesto por Fehring son diferentes en cada uno de los estudios, ajustándose según los objetivos y contexto de la investigación. Así, resulta evidente que la ausencia de acuerdo sobre el tema persiste aún en la actualidad.



Tabla 8. Muestreo y selección de expertos en los estudios recientes de validación

Autor (año) País	Muestreo	Criterios para selección de expertos
Pehler et al. ( <i>in press</i> ) EEUU	Muestreo por conveniencia entre miembros de dos asociaciones científicas nacionales	Sistema de puntuación de Fehring (1994)
Zeleníková y Maniaková ( <i>in press</i> ) Eslovaquia y República Checa	Muestreo por conveniencia entre enfermeras trabajando en los departamentos seleccionados en los centros sanitarios bajo estudio	Adaptación del sistema de puntuación Fehring (1994)
Paloma-Castro et al. (2014) España	Muestreo por bola de nieve: - Red de contactos - Departamentos de enfermería de hospitales bajo estudio - Asociaciones científicas	Criterios de inclusión: Cumplir al menos una de las siguientes condiciones: - Tener el título de matrona - Mínimo 2 años de experiencia en el área de obstetricia-ginecología o pediatría-neonatos - Mínimo de 2 años de experiencia docente universitaria en área de obstetricia-ginecología o pediatría-neonatos
Zeleníková y Maniaková (2014) Eslovaquia y República Checa	Muestreo por conveniencia entre enfermeras trabajando en los departamentos elegidos en los centros sanitarios bajo estudio	Adaptación del sistema de puntuación Fehring (1994)
Appoloni et al. (2013) Brasil	Muestreo por conveniencia entre enfermeras con el CV publicado en una plataforma científica nacional	Criterios de inclusión: - Máster o doctorado - Experiencia y/o producción científica en el área del diagnóstico bajo estudio - Publicaciones sobre diagnósticos de enfermería - Enfermeras en el área quirúrgica
Gurková et al. (2011) Eslovaquia y República Checa	Muestreo por conveniencia entre las enfermeras de 3 hospitales universitarios	Criterios de inclusión: - Formación universitaria - 5 años de experiencia en el área - Haber recibido formación sobre diagnósticos de enfermería
Pereira de Melo et al. (2011) Brasil	Muestreo por conveniencia entre enfermeras con el CV publicado en una plataforma científica nacional	Adaptación de sistema de puntuación de Fehring (1994)
Chaves et al. (2010) Brasil	Muestreo por conveniencia entre enfermeras con el CV publicado en una plataforma científica nacional	Adaptación de sistema de puntuación de Fehring (1994)
Lopes Chaves et al. (2010) Brasil	Muestreo por conveniencia entre enfermeras con el CV publicado en una plataforma científica nacional y en grupos de investigación relacionados	Adaptación del sistema de puntuación de Fehring (1994)

Algunos autores han intentado remediar la falta de consenso sobre este tema, aportando recomendaciones y señalando aspectos importantes a considerar a la hora de componer el panel de expertos en los estudios de validación. En su investigación, Guirao-Goris y Duarte-Climents constataron que el concepto de “experto” puede ser descrito como una combinación de experiencia y formación (Guirao-Goris & Duarte-Climents, 2007). Con relación a los requisitos de formación, parece que existe cierto consenso en que se necesita formación de posgrado, además de ser importante contar con formación específica sobre diagnósticos de enfermería (Fehring, 1994; Grant & Kinney, 1992). Se valora como fundamental el demostrar un amplio conocimiento sobre los diagnósticos de enfermería (Guirao-Goris & Duarte-Climents, 2007; Levin & Wilkinson, 2001).

En lo referente a la experiencia, en la literatura se habla de experiencia con los diagnósticos de enfermería, demostrada mediante docencia impartida y/o producción científica sobre ello (Fehring, 1994; Grant & Kinney, 1992). Algunos autores argumentan que dado que el juicio clínico se desarrolla a través de la experiencia clínica, ésta debe ser un factor importante a la hora de considerar a un profesional de enfermería como experto (Campos de Carvalho et al., 2008; Clark, Craft-Rosenberg, & Delaney, 2000; Davis, 1992; Galdeano & Ross, 2006). El sistema de puntuación de Fehring ha sido criticado por este motivo, ya que otorga mucha importancia a la formación académica y apenas valora la experiencia clínica (Campos de Carvalho et al., 2008; Galdeano & Ross, 2006).

Con relación a la experiencia en el ámbito asistencial, se apunta que además se deberá considerar la experiencia en el uso de los diagnósticos de enfermería en la práctica clínica (Grant & Kinney, 1992). Otro aspecto importante a la hora de definir el perfil de los panelistas es la especialidad clínica y ámbito de trabajo. Así, se deberá tener en cuenta el área clínica en la que se puedan encontrar pacientes con el diagnóstico de enfermería de interés y buscar enfermeras que estén implicadas en su cuidado (Campos de Carvalho et al., 2008; Galdeano & Ross, 2006; Levin & Wilkinson, 2001). Galdeano y Ross (2006) sugieren que las enfermeras que poseen una especialidad pueden ser consideradas como expertas para el estudio de aquellos diagnósticos de enfermería que se den frecuentemente en su práctica habitual.

### **Selección de los expertos del panel: criterios aplicados**

En este estudio se establecieron una serie de criterios mínimos para ser considerado experto y formar parte del panel. Todos los aspectos mencionados en la literatura fueron contemplados a la hora de planificar la selección de los integrantes del panel. Como se ha explicado anteriormente, el diagnóstico de enfermería VR-TPP es muy prevalente en pacientes con

trastornos psiquiátricos y dicho diagnóstico resulta de especial relevancia en el ámbito de salud mental. Por este motivo, se determinó que los panelistas implicados en la validación del diagnóstico de enfermería TPP debían poseer conocimientos y experiencia sobre los diagnósticos de enfermería, pero también sobre la atención de enfermería a pacientes psiquiátricos.

Siguiendo la premisa planteada por Davis (1992)<sup>3</sup>, en este estudio se pretendió incluir en el panel dos perfiles de expertos diferentes, que pudieran aportar distintos enfoques al proceso de validación, pero a la vez complementarios. Los dos perfiles buscados consistían, por un lado, en profesionales de enfermería con amplio conocimiento sobre aspectos más estructurales, teóricos y metodológicos de los diagnósticos de enfermería y la taxonomía NANDA-I y por otro lado, profesionales de enfermería con una comprensión profunda del fenómeno bajo estudio, es decir, con implicación directa en el cuidado de pacientes con TPP y experiencia en el uso de los diagnósticos de enfermería en la práctica clínica. De esta forma, se planeó que los dos subgrupos que conformaran el panel fueran: un subgrupo de profesionales de enfermería considerados expertos en diagnósticos enfermeros (expertos DE) y otro subgrupo de profesionales de enfermería considerados expertos en salud mental (expertos SM).

Los criterios de selección de los dos subgrupos aparecen detallados en la tabla 9. Se pronosticó que los integrantes del subgrupo Expertos DE podrían proceder principalmente del ámbito académico, mientras que los del subgrupo Expertos DM podrían proceder del ámbito clínico.

**Tabla 9. Criterios de selección de los integrantes del panel de expertos**

<i>EXPERTOS DE</i>	<i>EXPERTOS SM</i>
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>	
Titulación académica mínima: Máster o Licenciatura	Titulación académica mínima: Especialidad de Enfermería en Salud Mental
Formación específica sobre metodología enfermera y diagnósticos de enfermería	Experiencia asistencial en salud mental
Experiencia relativa al uso de metodología enfermera/diagnósticos de enfermería: demostrada mediante producción científica o docencia impartida	Experiencia en el uso de metodología enfermera/diagnósticos de enfermería en la práctica asistencial

<sup>3</sup> Davis (1992) expone que es conveniente que los expertos incluidos en el panel posean conocimientos sobre el fenómeno bajo estudio pero también sobre aspectos estructurales y de diseño. De esta forma se puede no solo maximizar el proceso de validación si no también garantizar una adecuada construcción del instrumento analizado, en este caso el diagnóstico de enfermería TPP. Para ello, este autor sugiere la posibilidad de incluir en el panel varios subgrupos con distintas características y áreas de conocimiento complementarias.

Para el subgrupo de Expertos DE, la formación académica mínima exigida fue nivel de máster, de acuerdo a lo sugerido en la literatura. Complementariamente, se incluyó la posibilidad de tener una licenciatura, dado que hasta la reforma educativa vinculada a la Declaración de Bolonia en el año 2005 (*REAL DECRETO 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. BOE núm. 21*) los profesionales de enfermería sólo tenían la posibilidad de cursar estudios de posgrado oficiales obteniendo una licenciatura en otra disciplina. Además en este subgrupo se valoró la formación específica sobre metodología enfermera y/o diagnósticos de enfermería y la experiencia en su uso demostrada mediante producción científica y/o docencia impartida relacionada.

En el subgrupo de expertos SM, se buscó incluir a enfermeros especialistas en salud mental, teniendo en cuenta su experiencia asistencial en salud mental y su experiencia con la utilización de los diagnósticos de enfermería en la práctica clínica. A la hora de definir los parámetros se intentó mantener el equilibrio entre asegurar la calidad de los perfiles reclutados y no marcar unos criterios demasiado restrictivos que impidieran localizar a un número suficiente de participantes.

### Muestreo y Reclutamiento

Para la selección de los participantes (miembros del panel) se empleó muestreo intencional por el que se buscó a profesionales de enfermería que cumplieran los criterios de inclusión establecidos. El reclutamiento se realizó mediante la técnica de bola de nieve (*snowball sampling*) por el que se contactó con personas de referencia, de las que se pensaba que podían cumplir los criterios, se les invitó a participar y se les solicitó que identificaran a otros expertos potenciales entre sus colegas. El empleo de esta técnica, además, permitió reducir el posible sesgo que la identificación de expertos realizada exclusivamente por el equipo de investigación pudiera producir (Efstathiou, Ameen, & Coll, 2007).

En este estudio, se marcó el objetivo de reclutar al menos 100 expertos para componer el panel<sup>4</sup>. Este tamaño muestral se consideró el idóneo porque era lo suficientemente amplio

---

<sup>4</sup> No existe una norma estipulada sobre el número óptimo de integrantes que deben tener los paneles en los estudios Delphi, pudiendo encontrar en la bibliografía ejemplos que incluyen menos de 10 panelistas hasta otros que incluyen más de 500 (Hung, Altschuld, & Lee, 2008; Keeney et al., 2011). De la misma forma, tampoco se ha determinado el número necesario de expertos en los estudios de validación de contenido de diagnósticos de enfermería. Hay una amplia variabilidad en el tamaño muestral de los estudios existentes. Por ejemplo, en los estudios de validación recientes nombrados anteriormente el número de expertos incluido va desde 18 a 208 expertos.

para realizar ciertos cálculos estadísticos sobre los datos obtenidos pero no era un número excesivo que pudiera dificultar la obtención de consenso entre los participantes.

Para la fase de reclutamiento, se elaboró una hoja informativa sobre el estudio (ANEXO 3). En esta hoja se presentaba al equipo de investigación, se describía el contexto del estudio y sus objetivos y se detallaban los criterios de inclusión para cada uno de los perfiles de expertos. Se explicaba que, en el caso de cumplir dichos criterios, se invitaba y animaba a la persona a colaborar en el proyecto en calidad de experto. Además, se le instaba a que identificara a otros expertos entre sus colegas y facilitara sus datos de contacto. En caso de estar interesada en participar, se le solicitaba que enviara un correo electrónico a la dirección de contacto proporcionada confirmado su deseo de participar en el estudio y facilitando el nombre y apellidos.

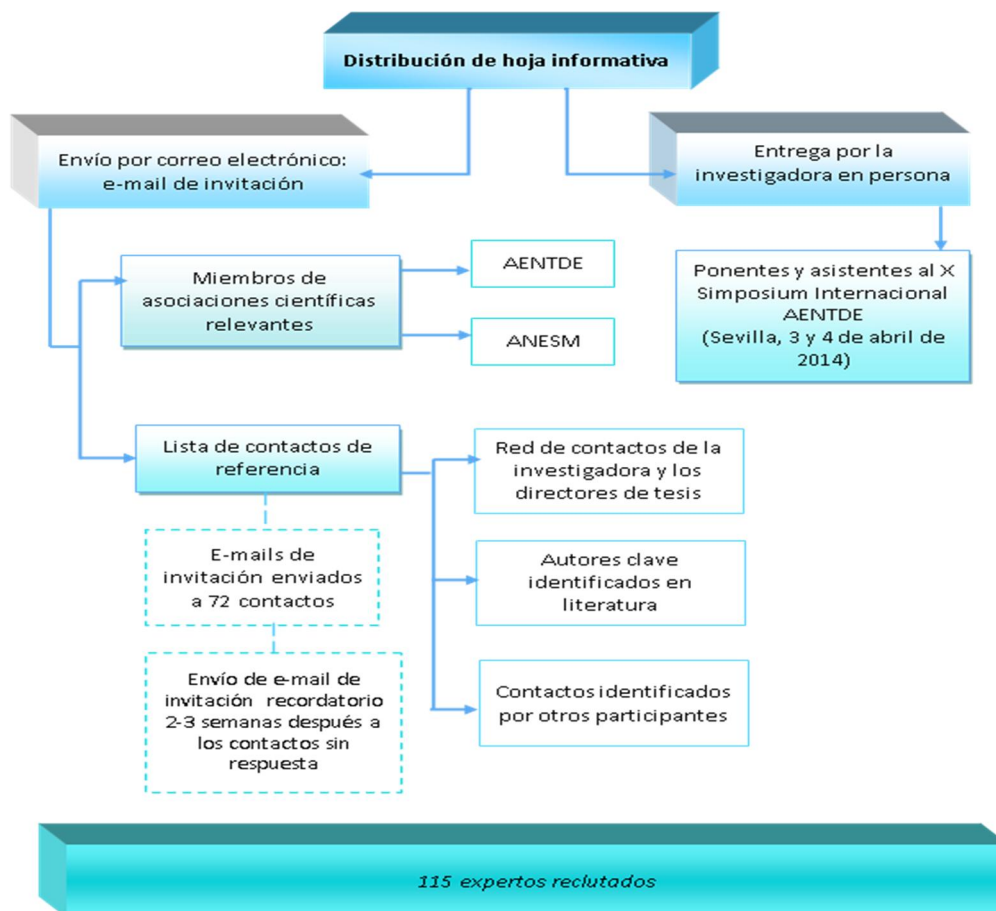
El periodo de reclutamiento duró 7 semanas entre abril y mayo de 2014. La estrategia de reclutamiento llevada a cabo se presenta en la figura 6. La distribución de la hoja informativa sobre el proyecto se hizo mediante dos vías. Por un lado, durante la fase de reclutamiento los investigadores tuvieron la oportunidad de asistir a un simposium relacionado con el tema de estudio (X Simposium Internacional AENTDE- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería), y se aprovechó para repartir la hoja informativa entre algunos ponentes y asistentes que podían cumplir los criterios de inclusión. Por otro lado, la hoja informativa fue enviada mediante correo electrónico. Para ello se redactó un correo electrónico de invitación a participar en el estudio (ANEXO 4) al que se adjuntó la hoja informativa.

Para asegurar una amplia difusión del correo electrónico de invitación se decidió contactar con asociaciones científicas cuyos miembros pudieran tener el perfil buscado. Así, se contó con la colaboración de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) y la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM) que difundieron el correo electrónico entre sus socios. De forma adicional, se creó una lista de 72 contactos de referencia (considerados expertos potenciales) a los que se envió el correo electrónico de invitación personalizado. Dicha lista estaba integrada por profesionales de la red de contactos de la investigadora y los directores de tesis, por autores clave identificados en la bibliografía sobre el tema y por aquellas personas identificadas por otros participantes. Se envió un correo electrónico recordatorio reiterando la invitación a participar en el estudio a aquellos contactos de los que no se obtuvo respuesta en el plazo de dos o tres semanas desde el primer envío.

Dado que la aplicación del diagnóstico tiene un impacto a nivel internacional, se buscó contar con expertos procedentes de distintos países. De esta forma, el reclutamiento se llevó a cabo no sólo en el contexto nacional si no también internacional, y se invitó a participar a enfermeras hispanohablantes procedentes de diferentes países de América Latina. Para ello, se realizaron algunos contactos concretos. Se informó sobre el proyecto a los coordinadores de los *Membership Network Groups* de la NANDA-I de Colombia, Ecuador y México. Además, se solicitó a una vocal de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) que facilitara la información sobre el estudio entre los miembros de dicha asociación que pudieran tener el perfil buscado.

En total, 115 expertos potenciales manifestaron su deseo colaborar en el estudio enviando un correo electrónico a la investigadora. Como respuesta, se les envió un correo electrónico de confirmación personalizado (ANEXO 5), agradeciendo su participación en el proyecto y explicando que la distribución del cuestionario se iba a realizar posiblemente en tres rondas y de forma electrónica. Además, se les indicaba la fecha aproximada de inicio de la primera ronda.

Figura 6. Estrategia de reclutamiento



AENTDE: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería  
 ANESM: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental

## 4. Recogida de datos

En este estudio se necesitó de tres rondas de envío de cuestionarios. Esta cantidad de rondas fue suficiente para alcanzar un grado satisfactorio de acuerdo entre los panelistas y además mantener una adecuada tasa de respuesta (Hasson et al., 2000; Keeney et al., 2011). El envío y cumplimentación de los cuestionarios se realizó de forma electrónica mediante la aplicación de Formularios de Google®.

### Diseño del cuestionario

En base al trabajo conceptual y revisión de la bibliografía de la fase inicial del estudio, se elaboró un cuestionario compuesto por ítems que describirán las diferentes propuestas para cada uno de los componentes de la nueva versión del diagnóstico TPP con el propósito de conocer la opinión de los panelistas sobre ellos. El cuestionario fue evolucionando a lo largo de las rondas. Se fue perfilando su contenido en base a las respuestas de los panelistas en la ronda anterior. En el anexo 6 se incluye los cuestionarios de las Rondas 1, 2 y 3.

El cuestionario<sup>5</sup> estaba compuesto por diferentes secciones, que iban apareciendo en diferentes pantallas:

- Portada
- Introducción
- Instrucciones
- Identificador
- Elementos del diagnóstico de enfermería TPP:
  - Nombre de la etiqueta diagnóstica
  - Definición del diagnóstico de enfermería
  - Características definitorias
  - Factores relacionados
- Sección adicional:
  - Ronda 1: Datos socio-demográficos
  - Ronda 2: Escala de Posicionamiento ante el Diagnóstico Enfermero
  - Ronda 3: Pregunta abierta
- Agradecimientos e información sobre el próximo envío

---

<sup>5</sup> Tal y como aconseja la literatura, dos cuestiones prácticas se tuvieron en cuenta durante el diseño del cuestionario: en cada pantalla aparecía información sobre la extensión (porcentaje) aún por completar y la contestación a cada pregunta era obligatoria, con el fin de evitar que los encuestados omitieran alguna respuesta (Keeney et al., 2011).

Para orientar a los panelistas en el contexto del estudio, en la primera parte del cuestionario, se incluyó a modo informativo una breve introducción sobre el fenómeno TPP y las principales conclusiones del trabajo conceptual previo realizado. Para guiar la cumplimentación del cuestionario en cada una de las rondas, se facilitaron instrucciones sobre las preguntas, el tiempo requerido para completarlo y cómo proceder a su envío.

Con el fin de poder gestionar el envío de las diferentes rondas y de los correos electrónicos de recordatorio, se asignó un identificador a cada uno de los panelistas. Cada miembro del panel era informado de su identificador en el correo electrónico que daba acceso al cuestionario, y se le pedía que lo facilitaran en una de las pantallas iniciales del cuestionario. Esto permitió asegurar la confidencialidad de las respuestas.

Para conocer la opinión de los panelistas sobre la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP, se les pidió que valoraran mediante una escala Likert el grado de relevancia y representatividad de cada elemento propuesto. Complementariamente, se proporcionó un espacio para texto libre en el que se les animaba a expresar los comentarios o sugerencias que consideraran oportunos con relación a cada uno de ellos.

Como parte de la técnica Delphi y con el fin de fomentar el contraste de opiniones para alcanzar el consenso, en las rondas 2 y 3 se proporcionó un resumen estadístico en forma de porcentaje sobre las respuestas globales del panel de expertos en la ronda anterior a cada una de las preguntas. Por otro lado, una vez que se alcanzaba el consenso para un determinado elemento, éste era excluido de la valoración en la ronda siguiente. Así, los elementos con consenso se presentaban en las sucesivas rondas pero sin posibilidad de volver a ser puntuados de nuevo. A continuación, se explican los detalles de las preguntas planteadas con relación a cada uno de los componentes del diagnóstico.

### **Etiqueta**

Inicialmente, se presentaron cinco opciones diferentes para la etiqueta del diagnóstico y se solicitó a los panelistas que las numeraran según su orden de preferencia. En las rondas posteriores, se fueron eliminando aquellas opciones por las que los miembros del panel mostraron menos preferencia.

### **Definición**

Con relación a la definición propuesta, se pidió a los panelistas que la puntuaran de acuerdo a si, en su opinión, describía de forma clara y precisa el fenómeno de salud recogido en la etiqueta diagnóstica. En la tabla 10 aparece la escala formulada para la valoración de la



definición. En las rondas 2 y 3, la definición se fue modificando según los comentarios y sugerencias de los expertos del panel.

**Tabla 10. Escalas de valoración de los elementos del diagnóstico de enfermería**

Definición	Características definitorias	Factores relacionados
0 = Nada clara y precisa	0 = Nada indicativa del diagnóstico	0 = Nada relacionado con el diagnóstico
1 = Poco clara y precisa	1 = Poco indicativa	1 = Poco relacionado
2 = Algo clara y precisa	2 = Algo indicativa	2 = Algo relacionado
3 = Suficientemente clara y precisa	3 = Suficientemente indicativa	3 = Suficientemente relacionado
4 = Bastante clara y precisa	4 = Bastante indicativa	4 = Bastante relacionado
5 = Muy clara y precisa	5 = Muy indicativa	5 = Muy relacionado
6 = Completamente clara y precisa	6 = Completamente indicativa del diagnóstico	6 = Completamente relacionado con el diagnóstico

#### **Características definitorias y factores relacionados**

Para valorar el listado de 20 características definitorias y 22 factores relacionados propuestos, se solicitó a los panelistas que los puntuaran de acuerdo a las escalas que aparecen en la tabla 10. Siguiendo las recomendaciones de la literatura, y con el propósito de favorecer la claridad y establecer unos criterios comunes de valoración, cada una de las características definitorias y factores relacionados se acompañó de su respectiva definición operativa (Fehring, 1994; Grant & Kinney, 1991, 1992). Como se puede observar en la tabla 10, se utilizaron escalas tipo Likert de 7 puntos en lugar de 5 puntos como propone Fehring en su modelo (Fehring, 1987). Se utilizaron escalas de 7 puntos siguiendo la recomendación de Abascal y Díaz de Rada (2014) que explican que este tipo de escalas suele ser más recomendable para realizar análisis con métodos factoriales, como se pretendía en este estudio.

En la parte final del cuestionario, se introdujo una sección adicional en cada una de las rondas:

#### **Datos socio-demográficos**

En la ronda 1, se pidió información a los miembros del panel sobre sus datos socio-demográficos. Las cuestiones planteadas estaban basadas en el modelo propuesto por Grant y Kinney (1992) y abarcaban: datos demográficos, situación profesional actual, formación académica, experiencia en salud mental, formación sobre diagnósticos de enfermería y metodología enfermera y experiencia docente y producción científica sobre diagnósticos de

enfermería. Las respuestas a esta sección permitían confirmar el cumplimiento de los criterios inclusión establecidos.

### ***Escala de Posicionamiento ante el Diagnóstico Enfermero***

En la ronda 2, se incluyó la Escala de Posicionamiento ante el Diagnóstico Enfermero (EPADE) en su versión en castellano que valora las actitudes hacia el concepto “diagnóstico de enfermería” (Romero-Sánchez et al., 2013) y que proporcionó información sobre la opinión del participantes al respecto. Este instrumento está compuesto por 20 ítems consistentes en parejas de adjetivos opuestos que representan los extremos de diferentes cualidades del proceso diagnóstico. Cada pareja está unida por una línea de puntos y el encuestado debe elegir el punto que mejor represente su opinión. La adaptación transcultural de la versión en castellano de la EPADE ha demostrado buenas propiedades psicométricas. Esta escala ha obtenido valores aceptables de fiabilidad mostrando una adecuada consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach=0,963) y fiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclase= 0,90). Se ha establecido su validez general al demostrar buena validez de constructo y validez de criterio en términos de validez concurrente (Romero-Sanchez et al., 2013; Romero-Sánchez et al., 2013).

En este estudio, se consideró relevante evaluar las actitudes de los panelistas con relación a los diagnósticos de enfermería como un aspecto más a la hora de describir el perfil de los panelistas. Complementariamente, se analizaron posibles diferencias entre los subgrupos a este respecto y comprobó si podría existir alguna relación entre la puntuación en la EPADE y la valoración ofrecida a los elementos del diagnóstico bajo estudio. Se obtuvo el permiso del autor para usar la EPADE en este proyecto.

### ***Pregunta abierta***

En la ronda 3, se realizó una pregunta abierta sobre la utilidad clínica del diagnóstico de enfermería TPP en la práctica clínica, solicitando que se argumentara la respuesta dada.

### ***Prueba piloto***

Tal y como aconseja la literatura (Grant & Kinney, 1992; Keeney et al., 2011), antes del envío del cuestionario a los participantes, se realizó una prueba piloto con un grupo de 7 enfermeras con amplios conocimientos y experiencia con relación a los diagnósticos de enfermería y/o en el ámbito de salud mental. Este grupo estaba compuesto por 3 enfermeras procedentes del ámbito académico con amplia experiencia en docencia sobre metodología y taxonomías

enfermeras, 3 enfermeras con un perfil mixto, académico y asistencial, también familiarizadas con el tema y 1 enfermera con una dilatada carrera en el ámbito de salud mental.

Tras cumplimentar el cuestionario, se les pidió que aportaran sus opiniones respecto al tiempo empleado y sobre la claridad y redacción de las cuestiones planteadas y de los ítems incluidos. Además se les preguntó por su impresión general sobre el cuestionario. En base al feed-back obtenido se realizaron las modificaciones pertinentes, principalmente en la pantalla de introducción y respecto a alguna característica definitoria y factor relacionado.

### Distribución del cuestionario

La distribución del cuestionario en las rondas de envío se realizó de forma electrónica, utilizando la aplicación de Formularios de Google®. Para dar comienzo a cada una de las rondas, se envió un correo electrónico (ANEXO 7) a cada experto incluyendo un link que daba acceso al cuestionario e instrucciones para su cumplimentación. Este correo electrónico estaba personalizado y contenía, además, el identificador asignado a cada panelista para la gestión y control de los envíos de las rondas y recordatorios.

La periodicidad del envío de cuestionarios fue aproximadamente de un mes y a los panelistas se les dio un plazo de 15 días para responder<sup>6</sup>. En el correo electrónico de acceso se especificaba la fecha límite para la cumplimentación del cuestionario. Una vez pasada esa fecha, se cerraba el acceso al cuestionario y ya no era posible responderlo. En cada ronda se enviaron hasta dos correos electrónicos de recordatorio (ANEXO 8) a aquellos miembros del panel de los que no se había obtenido respuesta hasta ese momento. El primer recordatorio se realizaba una semana antes de la fecha límite y el segundo recordatorio se enviaba uno o dos días antes de esa fecha. En estos correos electrónicos se enfatizaba lo importante de su colaboración y se incluía de nuevo el link que daba acceso al cuestionario. Aquellos panelistas que no respondieran a una de las rondas, ya no recibían acceso al cuestionario de la siguiente. En la figura 7 se resumen todos los contactos mantenidos con los expertos durante el estudio.

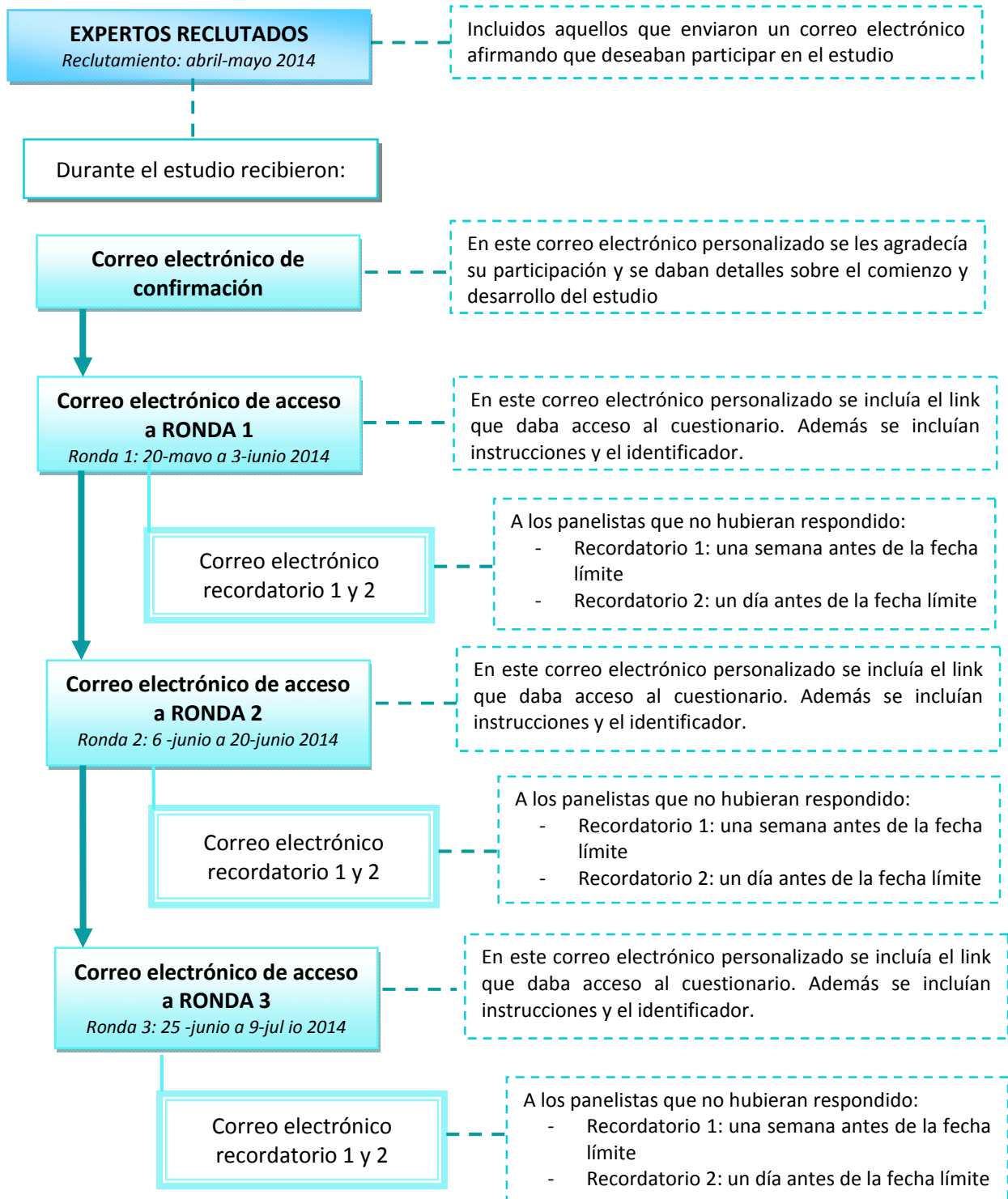
En todo momento se mantuvo un sistema de registro para controlar el envío y recepción de los cuestionarios en las diferentes rondas<sup>7</sup>. En todos los correos electrónicos figuraba una dirección de correo electrónico donde los miembros del panel podían contactar con la investigadora en caso de dudas o dificultades en la cumplimentación del cuestionario. En el

<sup>6</sup> Estos plazos son los que habitualmente se aplican en los estudios Delphi (Keeney et al., 2011).

<sup>7</sup> Varios autores inciden en la importancia del mantenimiento de sistemas de administración y registros adecuados (Cole, Donohoe, & Stellefson, 2013; Davis, 1992; Guirao-Goris & Duarte-Climents, 2007; Keeney, Hasson, & McKenna, 2006; Keeney et al., 2011; Paloma-Castro et al., 2014; Vance, Dodson, Watkins, Kennedy, & Keltner, 2013; Whitley, 1999; Whitley & Tousman, 1996).

transcurso del estudio no hubo ningún problema importante, pero sí que algún experto se puso en contacto para consultar alguna duda concreta o simplemente para transmitir sus felicitaciones sobre la propuesta del diagnóstico.

Figura 7. Comunicaciones con panelistas



Tal y como apuntan otros investigadores, la administración electrónica de los cuestionarios de las rondas en el proceso Delphi resultó ser muy ventajosa. Fue posible formar el panel con profesionales de enfermería procedentes de toda la geografía española, e incluso algunos países de Latino América, manteniendo el contacto con ellos de una forma ágil y eficaz. Además, la clase de herramientas como la aplicación de Formularios de Google® permiten la recepción de las respuestas y la gestión de datos de una forma segura y eficiente, ahorrando tiempo y mejorando la calidad de los datos obtenidos (Cole et al., 2013; Gill, Leslie, Grech, & Latour, 2013).

Siguiendo las recomendaciones encontradas en la bibliografía, se aplicaron una serie de estrategias con el fin de motivar a los panelistas y conseguir una buena tasa de respuesta. A continuación se detallan dichas estrategias.

- En la fase de reclutamiento: se realizó un contacto previo y otro contacto de seguimiento, antes de proceder al envío de la primera ronda. De esta forma, se consigue una mayor implicación de los panelistas al sentirse parte del proceso (de Vaus, 1996; Edwards et al., 2009; Franklin & Hart, 2007; Keeney et al., 2006, 2011).
- Otro aspecto que favorece la buena respuesta es que el tema del cuestionario resulte interesante y relevante a los encuestados. En este estudio fue así, dado que la muestra fue seleccionada según ciertos criterios y se buscaban precisamente expertos que estuvieran vinculados con el tema (Edwards et al., 2009; Franklin & Hart, 2007).
- Los correos electrónicos de contacto fueron enviados desde la cuenta de correo de la universidad. La dirección institucional puede ayudar a que sea leído por el destinatario y evitar los filtros de spam (Edwards et al., 2009).
- Cada correo electrónico enviado estaba personalizado, incluyendo el nombre de cada panelista en el saludo (de Vaus, 1996; Gill et al., 2013; Keeney et al., 2011). Además, el lenguaje usado era cercano y se intentaba en todo momento transmitir a los panelistas que eran una parte fundamental del proyecto (Franklin & Hart, 2007; Keeney et al., 2006, 2011).
- En cada ronda, se enviaron hasta dos correos electrónicos recordatorios a aquellos panelistas de los que no se obtuvo respuesta (Edwards et al., 2009; Keeney et al., 2006, 2011).
- Dado que se ha visto que puede influir en la tasa de respuesta, en la medida de lo posible, se intentó programar el envío de las rondas teniendo en cuenta la agenda de

los panelistas. El periodo de respuesta a cada ronda abarcaba dos fines de semana, y se evitó que la recogida de datos se extendiera al periodo de vacaciones (agosto) (Cole et al., 2013; Franklin & Hart, 2007).

## 5. Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con los programas IBM SPSS Statistics 21® y MS Excel®. Los datos sociodemográficos y la puntuación en la EPADE se analizaron de forma descriptiva mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. Se realizaron comparaciones estadísticas entre ambos subgrupos de expertos con relación a las variables edad, años desde obtención del título de enfermería y puntuación total en la EPADE. Tras confirmar la ausencia de normalidad en la distribución de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff, se aplicó el test U de Mann-Whitney.

Las puntuaciones otorgadas por los panelistas a cada uno de los elementos del diagnóstico de enfermería TPP después de cada ronda se analizaron de forma descriptiva mediante distribución de frecuencias, porcentajes y medidas de posición no centrales (cuartiles) y de dispersión (rango intercuartílico).

### Criterios de consenso y estabilidad de respuesta

Se determinaron una serie de criterios para establecer cuando existía el consenso entre los panelistas. En la bibliografía no existe unanimidad sobre los métodos ni los parámetros que se deben emplear para definir el nivel de consenso. Así, se pueden encontrar ejemplos de diversos procedimientos, siendo dos de los enfoques más comunes el uso cálculos estadísticos y el uso de porcentajes (Keeney et al., 2011). Los valores estadísticos utilizados habitualmente incluyen media y desviación estándar (Efstathiou et al., 2007), intervalos de confianza (Martín-Carrasco et al., 2011) o mediana y rango intercuartílico (Hung et al., 2008). Al hablar de porcentaje dentro de un determinado rango de respuestas, los criterios establecidos varían desde el 51% hasta el 80% (Hasson et al., 2000; Keeney et al., 2011), siendo 75% el punto de corte más ampliamente utilizado (Keeney et al., 2006). La recomendación general es que los criterios más adecuados en cada caso dependerán de los objetivos del estudio, del número de componentes del panel y de los recursos disponibles (Hasson et al., 2000; Keeney et al., 2011).

Cuando el tamaño del panel es amplio y se busca explorar el grado de dispersión de las respuestas, como era el caso de este estudio, el enfoque más conveniente es el uso de la

mediana y rango intercuartílico, definiendo el porcentaje de respuestas deseado dentro del rango intercuartílico (Hung et al., 2008). Así, los criterios aplicados fueron:

- Rango intercuartílico: igual o menor a 2 y sin englobar el valor 3
- Porcentaje de respuestas dentro del rango intercuartílico:
  - Ronda 1: igual o mayor a 80%
  - Rondas 2 y 3: igual o mayor a 75%

En base a estos parámetros, se valoró el nivel de consenso obtenido para cada uno de los elementos después de cada ronda. Aquellos elementos para los que se alcanzaba el consenso ya no era puntuados de nuevo en la siguiente ronda. Como se puede observar, y siguiendo el consejo de Grant y Kinney (1992), en la primera ronda se adoptó un enfoque más conservador, requiriendo un porcentaje más alto para establecer el consenso (80%) con el propósito de no excluir demasiados elementos desde el principio y de esta forma poder tener mayor grado de retroalimentación por parte de los expertos.

Otro aspecto a explorar en un estudio Delphi es la estabilidad de las respuestas de los panelistas a lo largo de cada una de las rondas. Aunque es un dato que no se presenta a menudo en las publicaciones sobre estudios Delphi, algunos autores sugieren que pueden aportar información relevante según los objetivos de la investigación (Keeney et al., 2011). En el presente estudio, se utilizó el enfoque propuesto por Greatorex y Dexter (2000) que proponen incorporar una serie de gráficos representando la progresión de la media y desviación estándar en las diferentes rondas. En este caso, se incluyó el tipo de gráfico que estos autores denominan *gráficos de ítem (ítem graphs)* que ilustra la evolución de la media y desviación estándar durante las rondas para un ítem determinado. Así, se elaboró un gráfico de este tipo para cada uno de los elementos del diagnóstico de enfermería para representar la evolución a lo largo del estudio de la opinión del panel.

### Índices en el modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring

Tras la ronda final, y siguiendo el modelo de validación de contenido diagnóstico, se aplicó el sistema de análisis propuesto por Fehring (Fehring, 1987). En primer lugar, se calculó el índice de contenido diagnóstico (ICD) para la definición y para cada una de las características definitorias y factores relacionados para los que se había alcanzado consenso entre los panelistas tras la tercera ronda. El ICD valora el grado de adecuación y de representatividad de cada uno de los elementos para el diagnóstico de enfermería bajo estudio.

Para el cálculo del ICD, se asigna un peso a cada puntuación de la escala de valoración y se obtiene la media entre el total de respuestas de los panelistas. Como en este estudio se utilizó una escala Likert de 7 puntos y la ponderación propuesta por Fehring se basaba en una escala Likert de 5 puntos, se realizó una adaptación en la asignación de pesos para cada una de las puntuaciones (tabla 11).

**Tabla 11. Ajuste de la ponderación para el cálculo del ICD**

Ponderación propuesta por Fehring		Ajuste de la ponderación en este estudio	
Puntuación	Peso	Puntuación	Peso
1= Nada característico o indicativo del diagnóstico	0	0= Nada indicativo del diagnóstico	0
2= Muy poco característico del diagnóstico	0,25	1= Poco indicativo	0,25
		2= Algo indicativo	
3= Algo característico	0,50	3= Suficientemente indicativo	0,50
4= Considerablemente característico	0,75	4= Bastante indicativo	0,75
		5= Muy indicativo	
5= Muy característico	1	6= Completamente indicativa del diagnóstico	1

El valor del ICD se situará entre 0 y 1. De acuerdo al modelo de Fehring, en base al resultado del ICD se establece la siguiente clasificación: los elementos con un índice igual o mayor a 0,50 serán validados y los elementos con puntuaciones menores a 0,50 deberán ser excluidos. En el caso de las características definitorias validadas, además, serán catalogadas como mayores si su puntuación es igual o mayor a 0,80 y como menores si el índice obtenido está entre 0,79 y 0,50 (Fehring, 1987).

Como paso final en el proceso de validación, se debe determinar el índice de validez de contenido del diagnóstico que valora la validez del diagnóstico de enfermería en su totalidad (es decir, el grado en que el contenido del diagnóstico es representativo de la condición experimentada por los pacientes) y que implica el cálculo de la media del ICD de cada una de las características definitorias validadas (Fehring, 1987). En aquellos diagnósticos de enfermería con más de 7 características definitorias, como es el caso, Sparks y Lien-Gieschen (1994) proponen una modificación en el cálculo del índice de validez de contenido con el fin de controlar la posible reducción artificial de su resultado. Así, sugieren contabilizar dos veces las características definitorias clasificadas como mayores y sólo una vez las clasificadas como menores, y determinar la media aritmética de todas ellas. Dicha modificación fue aplicada en este estudio. Como sugieren otros autores (Paloma-Castro et al., 2014), si el valor del índice de validez de contenido del diagnóstico es superior a 0,8 se considerará que el diagnóstico de



enfermería analizado es representativo del fenómeno bajo interés. Si el resultado es menor a 0,6 no se considerará representativo y si está entre 0,6 y 0,79 será preciso seguir investigando en el tema porque no será posible determinar el grado de representatividad.

Se examinó la existencia de posibles diferencias entre los dos subgrupos de expertos con relación al índice de validez de contenido del diagnóstico. Dada la normalidad de la distribución de las variables, se aplicó el test T de student. Además se calculó el coeficiente de correlación lineal de Pearson para determinar si existía correlación entre el índice de validez de contenido del diagnóstico y la puntuación total de la EPADE.

### Análisis factorial

Para explorar en profundidad las semejanzas y diferencias observadas entre los encuestados respecto a sus respuestas se aplicaron métodos factoriales. Inicialmente se llevó a cabo un Análisis de Componentes Principales (ACP), pero sus resultados no ofrecieron información relevante. Por este motivo, se realizó un Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM). Aunque este método de análisis es menos conocido, desde el punto de vista estadístico es más adecuado para el estudio de las respuestas a escalas tipo Likert. El ACM está específicamente diseñado para el análisis de variables cualitativas o categóricas (como es el caso de las escalas tipo Likert) y por lo tanto, ofrece un mayor potencial<sup>8</sup> (Abascal & Díaz de Rada, 2014; Abascal & Grande, 2005). Para realizar el ACM se utilizó el programa SPAD 8.2.

### Análisis cualitativos

Después de cada ronda, se realizó un análisis de contenido (Hasson et al., 2000) de los comentarios aportados por los panelistas sobre cada uno de los elementos del diagnóstico en cada una de las rondas. Como parte del análisis, los comentarios fueron clasificados por categorías temáticas. En base a los comentarios, se incluyeron modificaciones en algunos de los elementos del diagnóstico o sus definiciones a lo largo de las rondas. Las respuestas a la pregunta abierta sobre la utilidad del diagnóstico de enfermería TPP en la práctica clínica planteada en la ronda 3 fueron analizadas de forma similar. Se identificaron las diferentes categorías temáticas, contabilizando el número de comentarios agrupados en cada categoría.

---

<sup>8</sup> Tradicionalmente el PCA se ha usado para el análisis de escalas tipo Likert considerándolas como variables métricas, lo que implica ciertas limitaciones (Abascal & Díaz de Rada, 2014; Abascal & Grande, 2005; Keeney et al., 2011). El PCA se ha aplicado en varios estudios de validación de diagnósticos de enfermería (Guirao-Goris & Duarte-Climents, 2007; Paloma-Castro et al., 2014 ;Whitley, 1999; Whitley & Tousman, 1996).

## 6. Criterios de rigor metodológico

El rigor metodológico en este estudio se ha abordado desde la perspectiva cualitativa<sup>9</sup>, aplicando los criterios propuestos por Lincoln and Guba (1985) para establecer la confiabilidad (*trustworthiness*). Los cuatro aspectos valorados dentro de la confiabilidad son la credibilidad (*credibility*), la dependencia (*dependability*), la confirmabilidad (*confirmability*) y la transferabilidad (*transferability*) (Lincoln & Guba, 1985; Sandín Esteban, 2000). En la tabla 12 se describen dichos criterios y cómo han sido garantizados en el estudio.

**Tabla 12. Criterios de rigor metodológico aplicados en el estudio**

Criterios de Confiabilidad	Abordaje en el estudio
<b>Credibilidad</b> <i>Aspecto que valora: valor de verdad</i> <i>Se refiere al grado en que los datos son creíbles.</i>	Asegurada por la composición del panel con “verdaderos” expertos en el tema y por las rondas iterativas y el feedback dado a los panelistas.
<b>Dependencia</b> <i>Aspecto que valora: consistencia</i> <i>Se refiere a la estabilidad de los datos recogidos y los factores de inestabilidad.</i>	Se confirma al establecer la credibilidad. Asegurada por la implicación de un gran número de expertos de diferentes ámbitos y por la auditoría realizada por los directores de tesis del proceso de investigación.
<b>Transferabilidad</b> <i>Aspecto que valora: aplicabilidad</i> <i>Se refiere a la aplicabilidad de los resultados en otros ámbitos.</i>	Asegurada por la implicación de un gran número de expertos a nivel nacional lo que hace posible la aplicación del diagnóstico de enfermería TPP en el contexto español.
<b>Confirmabilidad</b> <i>Aspecto que valora: neutralidad</i> <i>Se refiere a la neutralidad de los datos y asegura que provienen de una fuente identificable y son confirmables.</i>	Se confirma al establecer los otros criterios. Asegurada por proporcionar una descripción detallada del proceso de recolección y análisis de los datos y por la auditoría realizada por los directores de tesis del proceso de investigación y del producto resultante.

Fuentes: (Cornick, 2006; Keeney et al., 2011; Lincoln & Guba, 1985; Sandín Esteban, 2000)

## 7. Cuestiones éticas

Se obtuvo el visto bueno por parte del Comité de ética, experimentación animal y bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra (ANEXO 9).

Dado la naturaleza del estudio, no se consideró que la participación en el mismo implicara ningún riesgo para los sujetos. Los participantes fueron adecuadamente informados sobre los detalles del estudio. En la pantalla de instrucciones del cuestionario se informó a los panelistas de que la cumplimentación del cuestionario implicaba su consentimiento a participar en el

<sup>9</sup> Existe cierto debate sobre cuáles son los criterios adecuados para valorar el rigor metodológico en la aplicación de la técnica Delphi (Hasson et al., 2000; Keeney et al., 2011; Powell, 2003). Por un lado, algunos autores aplican los criterios de fiabilidad y validez propios de la tradición positivista. Por otro, diversos investigadores abogan por utilizar los principios de confiabilidad (*trustworthiness*) usados en la investigación cualitativa (Day & Bobeva, 2005; Efstathiou et al., 2007; Keeney et al., 2011).

estudio y de que su participación era totalmente voluntaria y tenían libertad para abandonar el estudio en el momento que lo desearan.

La confidencialidad de los datos recogidos y el anonimato de los participantes fueron totalmente garantizados en todas las fases del estudio. Como ya se ha explicado, a cada miembro se le asignó un identificador que se utilizó exclusivamente para el seguimiento de los envíos y tasa de respuesta. La lista de asignación de los identificadores sólo era accesible por uno de los investigadores, asegurando la confidencialidad de las respuestas.

# IV. RESULTADOS

---

# Resultados Fase I: Desarrollo y revisión conceptual

---

Como se ha explicado en el apartado de metodología, el estudio se desarrolló en dos fases. Una primera fase de desarrollo y revisión conceptual en base a la que se elaboró la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP y una segunda fase, en la que se procedió a la validación de contenido de cada uno de los componentes del diagnóstico a través de la consulta de expertos mediante la técnica Delphi.

En los siguientes cuatro apartados se describirán los resultados relativos a la primera fase del proyecto. Siguiendo con los pasos del proceso de derivación conceptual (figura 8), en primer lugar se presentará la revisión de la literatura de enfermería sobre el fenómeno bajo estudio (procesos de pensamiento; pensamiento). A continuación, se mostrará la revisión teórica realizada en los campos de conocimiento alternativos (psicología, medicina, psiquiatría) para la profundización conceptual centrada en los términos cognición y pensamiento. En otra sección, se revelarán los resultados del estudio realizado de forma complementaria al proceso de derivación conceptual con el objetivo de obtener soporte empírico adicional sobre el diagnóstico VR-TPP en el ámbito clínico. Finalmente, como conclusión al proceso de derivación conceptual, se expondrá la propuesta de una nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP y cada uno de sus componentes: la etiqueta del diagnóstico de enfermería, su definición, sus características definitorias y factores relacionados.

**Figura 8. Pasos para la derivación conceptual (Walker & Avant, 2011)**

- 1) Revisar extensamente la literatura sobre el fenómeno de interés
- 2) Examinar otros campos de conocimiento alternativos para observar otros puntos de vista sobre el fenómeno de interés
- 3) Seleccionar un concepto del campo alternativo para utilizarlo en el proceso de derivación
- 4) Redefinir el concepto para adaptarlo a la disciplina correspondiente

## IV.1 El fenómeno “*trastorno de los procesos de pensamiento*” en la literatura de enfermería

---

Como primer paso en el proceso de derivación conceptual se llevó a cabo una amplia revisión de la literatura dentro de la disciplina de enfermería con relación a los conceptos procesos de pensamiento y pensamiento/cognición. Dicha revisión está formada por los elementos que a continuación se detallan y que serán desarrollados a lo largo de este apartado.

- Revisión sistemática: estudios y publicaciones sobre VR-TPP
- Revisión y análisis temático de los usos y significados del concepto “procesos de pensamiento”
- Revisión bibliográfica integradora con el objetivo de:
  - Describir aquellos fenómenos y/o problemas de salud secundarios a alteraciones del pensamiento que son abordados por los profesionales de enfermería
  - Analizar cómo los profesionales de enfermería definen operativamente y valoran la función cognitiva y las alteraciones en el pensamiento

### IV.1.1 El diagnóstico de enfermería VR-TPP: Revisión bibliográfica

Como primer paso en el proceso de derivación conceptual, se realizó una revisión bibliográfica sistemática con el objetivo analizar e integrar la evidencia empírica y literatura científica existente con relación al diagnóstico de enfermería VR-TPP.

#### 1. Búsqueda bibliográfica

La expresión “procesos de pensamiento” es ampliamente utilizada en el campo de la psicología y psiquiatría. Por este motivo, con el fin de diseñar una estrategia de búsqueda lo más específica posible, delimitada al ámbito de la disciplina de enfermería, se utilizó el nombre de la etiqueta entrecomillado: “trastorno de los procesos de pensamiento” (“*disturbed thought processes*”) y se incluyó la denominación anterior del diagnóstico: “alteración de los procesos de pensamiento” (“*altered thought processes*”). Los términos de búsqueda se introdujeron en inglés o castellano según la base de datos y se combinaron con el operador booleano “OR”. Los campos de búsqueda se limitaron a título y resumen, cuando la base de datos así lo permitía.



Se aplicó este límite con la intención de identificar sólo aquellos artículos en los que la etiqueta diagnóstica fuera un concepto central o relevante. Dado que no existen revisiones bibliográficas anteriores centradas en este diagnóstico, no se aplicó límite de fecha alguno. Así, se incluyó bibliografía publicada desde 1979<sup>10</sup> hasta abril de 2015.

Se consultaron bases de datos internacionales, incluyendo: PubMed, Web of Knowledge, CINAHL, PsylINFO y Scopus. Además se buscó en bases de datos nacionales e iberoamericanas (CUIDEN, EnFisPo, Scielo España, Hemeroteca Cantártida, Ibecs y Lillacs). Se realizó una búsqueda manual en las siguientes revistas de enfermería: International Journal of Nursing Knowledge, Western Journal of Nursing Research, Advances in Nursing Science, Nursing Research, Journal of Nursing Scholarship e International Journal of Nursing Studies. También se incluyeron revistas especializadas en enfermería psiquiátrica como Archives of Psychiatric Nursing, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Issues of Mental Health Nursing, Psychiatric Services y Journal of the American Psychiatric Nurses Association. Además, se inspeccionaron las listas de referencias de los artículos localizados en busca de artículos adicionales.

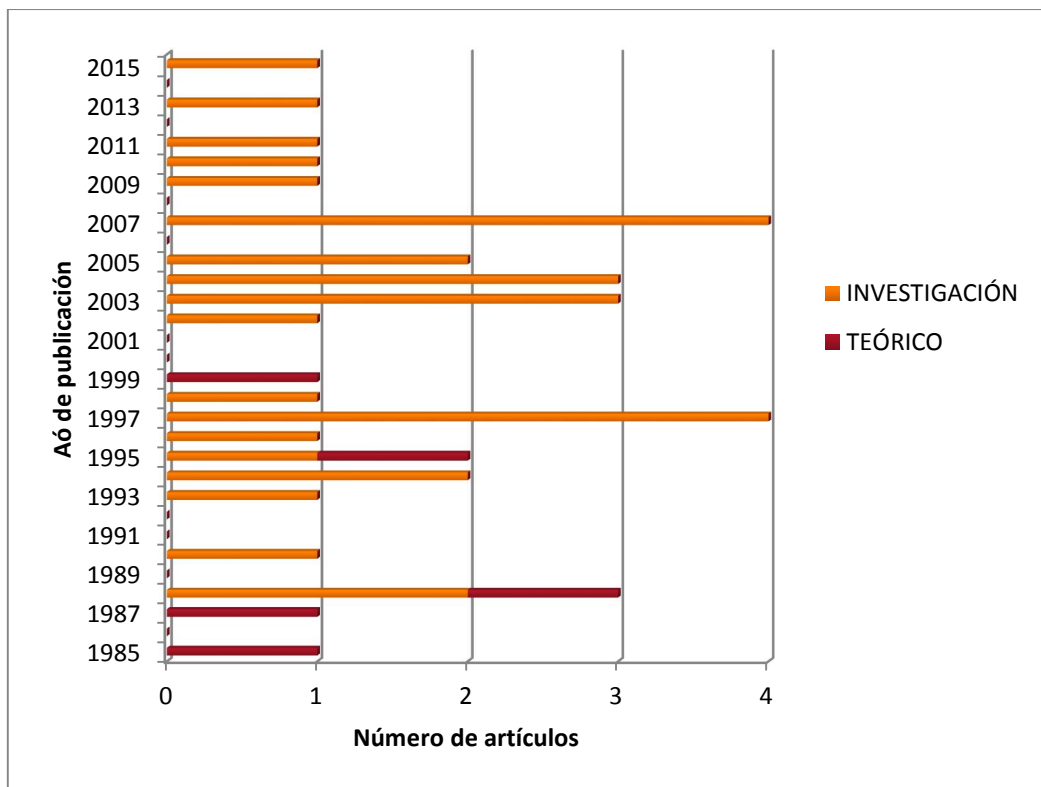
Se revisó el título y resumen de las referencias obtenidas tras la búsqueda para comprobar si cumplían los criterios establecidos. Se seleccionaron todos aquellos textos que aportaran datos relevantes sobre el diagnóstico de enfermería VR-TPP y que estuvieran escritos en inglés, castellano o portugués. Los artículos encontrados se clasificaron en dos categorías: artículos teóricos y artículos de investigación. En el grupo de artículos de investigación se incluyeron aquellos estudios que aportaran datos empíricos sobre el diagnóstico VR-TPP, excluyendo los casos clínicos y planes de cuidados.

En la búsqueda se localizaron 198 referencias de las que, tras la lectura y revisión de los resúmenes, finalmente se seleccionaron 36. En la figura 9, se muestra la distribución por años de los artículos encontrados. Los artículos más recientes (años 2013 y 2015) corresponden a publicaciones realizadas por la autora que no serán incluidas en esta sección. La primera (Escalada Hernández et al., 2013) es una revisión bibliográfica sobre la atención de enfermería a pacientes psiquiátricos definida por la taxonomía NNN y los artículos que analiza serán comentados en este apartado de forma individual. La segunda publicación (Escalada-Hernández & Marín-Fernández, 2015) corresponde al estudio empírico sobre el diagnóstico VR-TPP en el ámbito clínico realizado como parte de esta tesis y que será presentado en una sección posterior.

---

<sup>10</sup> Año de publicación del artículo más antiguo encontrado sobre el tema.

Figura 9. Distribución de los años de publicación de los artículos sobre VR-TPP



## 2. Reflexiones teóricas sobre VR-TPP

En este apartado se sintetizan las aportaciones y reflexiones de carácter teórico realizadas por distintos autores con relación al diagnóstico de enfermería VR-TPP. Se han incluido aquellos artículos relevantes localizados mediante la búsqueda, además de la información pertinente recogida en los manuales sobre diagnósticos de enfermería considerados clave (Ackley & Ladwig, 2007; Campbell, 1994; L. J. Carpenito, 2003; Doenges & Moorhouse, 1992; Kim, McFarland, & McLane, 1994; Luis, 1998; Luis Rodrigo, 2008; Ugalde Apalategui & Rigol i Cuadra, 1995; Wilkinson & Ahern, 2008).

El diagnóstico VR-TPP se ha revisado y trabajado en diferentes conferencias de la NANDA-I. En la conferencia de 1995, el grupo de trabajo compuesto por Bondy y colegas (Bondy, Maas, McCourt, Rantz, & Rantz, 1995) concluyó que el diagnóstico de enfermería VR-TPP hacía referencia a un fenómeno general y abstracto, por lo que podía ser articulado en cuatro subcategorías: pensamiento distorsionado (*distorted thought*), disfunción cognitiva (*cognitive impairment*), nivel de conciencia alterado (*altered level of consciousness*) y confusión crónica (*chronic confusión*). Estos autores recomendaban continuar trabajando en la etiqueta

diagnóstica VR-TPP para clarificar sus subcategorías. En la tabla 13, se recogen los conceptos propuestos por este grupo de trabajo para la expansión del diagnóstico.

**Tabla 13. Subcategorías del diagnóstico VR-TPP definidas por Bondy y cols (1995)**

Pensamiento distorsionado	Disfunción cognitiva	Nivel de conciencia alterado	Confusión crónica
Alteración del contenido de pensamiento	Atención	Conciencia alterada Coma Estado vegetativo permanente	Pendiente de desarrollo de nuevos diagnósticos
Alteración de la forma de pensamiento	Memoria		
Inserción en el pensamiento	Aprendizaje		
	Recepción sensorial		
	Percepción		
	Lenguaje		
	Resolución de problemas		

(Bondy et al. 1995)

En la conferencia de la NANDA-I de 1999 tuvo lugar otro taller de trabajo centrado en el diagnóstico VR-TPP (Harvey et al., 1999). Sin embargo, parece ser que sus recomendaciones no fueron finalmente adoptadas, ya que tras esta publicación, el diagnóstico VR-TPP no sufrió modificación alguna en las posteriores ediciones de la clasificación de diagnósticos enfermeros. Dicho grupo de trabajo propuso la siguiente definición para el diagnóstico:

*Estado en que una persona expresa o refiere creencias individuales falsas o experiencias inconsistentes con la realidad (Harvey et al., 1999; p. 604).*

Además, ampliaron las características definitorias del diagnóstico, proponiendo las siguientes: delirios, alucinaciones, ideas de referencia, pensamiento mágico, obsesión, inserción de pensamiento, memoria alterada, egocentrismo, pérdida de asociación de ideas, difusión de pensamiento, ilusiones, comportamiento bizarro. Estos autores, señalaron la necesidad de llevar a cabo una revisión bibliográfica del diagnóstico VR-TPP con el fin de identificar sus factores relacionados, aún pendientes de desarrollo (Harvey et al., 1999). Como recomendaciones finales sobre el diagnóstico concluyeron que dado que la etiqueta VR-TPP resulta demasiado general y abstracta, era preciso revisarla y considerar el desarrollo de subcategorías diagnósticas más específicas. Enfatizaron la importancia de identificar fuentes de investigación externas al área de enfermería psiquiátrica y de desarrollar proyectos de investigación para la validación de sus características definitorias y el desarrollo de sus factores relacionados (Harvey et al., 1999).

Además del trabajo desarrollado en el seno de la NANDA-I, se pueden encontrar diversas aportaciones y reflexiones teóricas sobre el diagnóstico VR-TPP realizadas por numerosos autores. Como diagnóstico de enfermería, VR-TPP es considerado demasiado abstracto y general, lo que limita su utilidad en la aplicación clínica ya que no resulta lo suficientemente descriptivo ni específico como para guiar la elección de intervenciones enfermeras (Berry, 1987; Hancock, Munjas, Berry, & Jones, 1994; Ugalde Apalategui & Rigol i Cuadra, 1995). Se argumenta que precisa un mayor grado de desarrollo, ya que teniendo en cuenta que el constructo “pensamiento” es muy amplio y complejo resulta complicado valorar todas las conductas derivadas de su alteración exclusivamente con un único diagnóstico de enfermería (Ugalde Apalategui y Rigol i Cuadra, 1995). Otro de los problemas con la etiqueta diagnóstica VR-TPP señalados en la literatura, es que no se han identificado factores etiológicos que puedan ser tratados y solucionados de forma independiente por profesionales de enfermería. Por este motivo, se aconseja utilizarlo con precaución (Berry, 1987; Hancock et al., 1994; Luis Rodrigo, 2008). Otra crítica a este diagnóstico se basa en que en la práctica puede resultar dificultoso diferenciarlo de la etiqueta diagnóstica *trastorno de la percepción sensorial (00122)*. Ambos diagnósticos están muy interrelacionados y muchas de sus características definitorias se solapan (Carpenito, 1985; Hancock et al., 1994).

Sobre el diagnóstico de enfermería VR-TPP, Carpenito (2003) clarifica que se refiere a una persona con un trastorno de la percepción y el conocimiento que dificulta la vida diaria. Así la enfermera deberá intentar reducir la distorsión del pensamiento y promover la orientación de su paciente. Esta autora advierte del riesgo de utilizar este diagnóstico como “cajón desastre” para todos aquellos pacientes que presentan confusión o la cognición alterada (Carpenito, 2003). Por otro lado, Luis Rodrigo (2008) también apunta a que no es aconsejable utilizarlo cuando, a pesar de existir una alteración, el paciente y el cuidador presentan una conducta adecuada. Leininger (1990) identifica el diagnóstico de enfermería VR-TPP como uno de los diagnósticos problemáticos dentro del contexto de la transculturalidad. Esta autora argumenta que si la enfermera no conoce el idioma o los diferentes modos de aprender dentro de una determinada cultura, difícilmente podrá valorar e identificar este diagnóstico de forma adecuada. Sevillano Arroyo y colegas (2004) apuntan a VR-TPP podría ser considerado como un problema de colaboración, ya la mejoría de los pacientes psiquiátricos que presentan alucinaciones y delirios está relacionada con la eficacia del tratamiento farmacológico.

### Definición, características definitorias y factores relacionados del diagnóstico VR-TPP

La definición del diagnóstico enfermero VR-TPP es calificada como abstracta y difícil de entender. Tiene limitada aplicación práctica ya que la explicación que ofrece es de carácter teórico. La principal crítica a la definición es que no se centra en una respuesta humana ya que hace referencia a los procesos a nivel cerebral, y no a las reacciones o conductas derivadas de ellos. Esto último es lo que podemos observar y valorar, y por lo tanto definir operativamente (Ugalde Apalategui & Rigol i Cuadra, 1995). Carpenito (2003) completa la definición del diagnóstico aclarando que el trastorno de los procesos de pensamiento es *“el estado en el que una persona experimenta un trastorno de actividades mentales, tales como el pensamiento consciente, la orientación respecto a la realidad, la resolución de problemas, el juicio y la comprensión”* (p. 590). En el manual de Wilkinson y Ahern (2008) se aclara que las actividades cognitivas alteradas en los pacientes con VR-TPP incluyen pensamientos conscientes, orientación de la realidad, resolución de problemas y juicio.

Las características definitorias del diagnóstico de enfermería VR-TPP, al igual que la definición, son criticadas por su falta de operatividad al no ser posible la observación directa de muchas de ellas (Ugalde Apalategui & Rigol i Cuadra, 1995). Además, la lista de características definitorias existente es calificada como demasiado extensa, poco específica y nada útil para el diagnóstico diferencial (Berry, 1987; Hancock et al., 1994). Doenges y Moorhouse (1992), Kim (1994) y Carpenito (2003) completan y clarifican la lista de características definitorias de este diagnóstico sugiriendo algunas adicionales no incluidas por en la clasificación de la NANDA-I (tabla 14).

Tabla 14. Características definitorias adicionales propuestas en la literatura para VR-TPP

Doenges y Moorhouse, 1992	Kim, 1994	Carpenito, 2003
<b>SUBJETIVO</b> Ideas de referencia, alucinaciones, ilusiones <b>OBJETIVO</b> Interpretación imprecisa del entorno Déficit/problemas de memoria: desorientación en el tiempo, espacio, personas, circunstancias y acontecimientos Hipervigilancia/hipovigilancia Disonancia cognitiva: disminución de la capacidad para dominar las ideas, tomar decisiones, resolver problemas, razonar (abstraerse o conceptualizar, calcular) Distracción: alteración de la duración de la atención Egocentrismo Fabulación Conducta inapropiada Pensamiento inapropiado/no basado en la realidad	Interpretación inexacta del medio ambiente Disonancia cognoscitiva Facilidad de distracción Déficit o problemas de memoria Egocentricidad Hipervigilancia/hipovigilancia Capacidad disminuida para percibir ideas Capacidad trastornada para: tomar decisiones, resolver problemas, razonar, para lo abstracto o lo conceptual o para calcular Disminución de la capacidad de atención Obsesiones Incapacidad para cumplir órdenes Desorientación Cambios en la memoria Ilusiones Ideas de referencia Alucinaciones Confabulación Comportamiento social inapropiado Patrones de sueño alterados Afecto inapropiado	<b>PRINCIPAL</b> Interpretación inexacta de los estímulos internos o externos o ambos <b>SECUNDARIAS</b> Deficiencias cognitivas (abarcando la solución de problemas, la abstracción y la memoria) Suspiciousidad Delirios Alucinaciones Fobias Obsesiones Aturdimiento Falta de confirmación consensuada Confusión Desorientación Conducta ritual Impulsividad Conducta social inapropiada

Como se ha explicado la clasificación de diagnósticos enfermeros de la NANDA-I no recoge factores relacionados para VR-TPP al estar pendientes de desarrollo. Sin embargo, algunos autores realizan sugerencias al respecto. Doenges y Moorhouse (1992) describen algunos: cambios fisiológicos, vejez, hipoxia, lesiones cerebrales, privación del sueño o conflictos psicológicos. En un manual de enfermería psiquiátrica, Garrido Abejar (2000) apunta como posibles factores etiológicos: enfermedades que impliquen deterioro neurológico, trastornos mentales y de personalidad, depresión severa, traumas emocionales, aislamiento social, historia de abusos sexuales o maltrato y drogadicción o síndrome de abstinencia. Otros factores propuestos por Ackley y Ladwig (2007) son: cambios cerebrales orgánicos (especificar), cambios en la salud física (especificar) o enfermedad mental (especificar). Wilkinson y Ahern (2008) además añaden abuso de sustancias, como posible factor relacionado. Inicialmente Carpenito (1985) sugirió una serie de posibles factores relacionados como: ciertos estados fisiológicos, pérdida de memoria, privación de sueño, depresión y enfermedades psiquiátricas ilusorias. Además añade, como posibles causas de cambios en el pensamiento: la sobreestimulación y la privación de infraestimulación. Más tarde, Carpenito (2003) en su manual de diagnósticos de enfermería propone una serie de factores relacionados, clasificados en fisiopatológicos, situacionales y de maduración (tabla 15).

Tabla 15. Factores relacionados para el diagnóstico VR-TPP propuestos por Carpenito (2003)

Fisiopatológicos	Situacionales	De maduración
Alteraciones fisiológicas, secundarias a la abstinencia de drogas o alcohol Trastorno bioquímicos Lesión cerebral aguda Lesión cerebral degenerativa	Trauma emocional Malos tratos Tortura Trauma infantil Temores reprimidos Ansiedad intensa Hipoestimulación continuada Disminución de la atención y de la capacidad para procesar la información secundaria a: depresión, miedo, ansiedad, duelo.	Ancianos: aislamiento, depresión del final de la vida

Hall (1988) planteó una discusión teórica centrada en la atención de enfermería a pacientes que presentaban el diagnóstico VR-TPP relacionado con progresiva degeneración orgánica del córtex cerebral secundario a la demencia. Argumenta que aunque dicho factor etiológico no tiene una solución potencial, los profesionales de enfermería pueden actuar para minimizar las manifestaciones (características definitorias) derivadas de él. Estas manifestaciones son alteraciones del comportamiento que divide en: pérdidas cognitivas o intelectuales; pérdidas afectivas o personales, pérdida de las funciones conativas o de planificación y progresiva disminución del umbral de estrés. Hall (1988) postula que ya sea educando a los cuidadores o en el cuidado directo si los pacientes están institucionalizados, hay ámbito de actuación para las enfermeras.

Para ello propone el modelo de la progresiva disminución del umbral del estrés (*progressively lowered stress threshold model*) (Hall & Buckwalter, 1987), que enuncia que los pacientes con demencia pierden la capacidad para manejar y afrontar el estrés y los factores estresantes, lo que provoca alteraciones en su comportamiento. Para prevenirlas o reducirlas el modelo plantea que la actuación enfermera debe ir enfocada a minimizar estos los factores estresantes. Identifica cinco grupos de factores estresantes que se deben manejar: fatiga, cambios en el entorno, cuidador o rutina, estímulos confusos, agobiantes o competitivos, demandas que exceden a la capacidad funcional y factores estresantes físicos (Hall, 1988). Este modelo ha sido aplicado en numerosos centros y diversos recursos asistenciales, mostrando resultados efectivos (Smith, Gerdner, Hall, & Buckwalter, 2004).

Aunque la clasificación de diagnósticos enfermeros más internacionalmente utilizada en la actualidad es la planteada por la NANDA-I, en décadas anteriores hubo otras propuestas de clasificación. En su clasificación de diagnósticos enfermeros publicada en 1994, Campbell

propone el diagnóstico: “proceso de pensamiento ilógico”. Lo define como “pensamiento oscuro irrazonable o defectuoso” (p. 1385) y sugiere como factores etiológicos algunas patologías mentales (depresión mayor, psicosis maniaco-depresiva, síndrome cerebral orgánico, esquizofrenia) y diversos factores psicosociales como la falta de capacidad para la resolución de problemas o la dificultad de aprendizaje de comportamientos alternativos. Como características definitorias, esta autora apunta a la desorganización de ideas y falta de conexión y continuidad en el pensamiento. Cabe destacar, además, que enuncia las necesidades no cubiertas que pueden presentar los pacientes con este tipo de problema, incluyendo: seguridad psicológica, mundo predecible y ordenado, aceptación, relaciones de cuidado y comunicación, evaluación alta del yo, dignidad, aprendizaje aumentado, percepción aumentada de la realidad y capacidad para resolver problemas (Campbell, 1994).

### 3. Revisión de la evidencia sobre VR-TPP

En este apartado se presenta la evidencia empírica localizada con relación al diagnóstico de enfermería VR-TPP. La mayoría de los artículos ofrecen datos sobre la prevalencia del diagnóstico VR-TPP en diferentes ámbitos clínicos. Se han encontrado, además, algunos estudios de validación que también aportan información sobre este diagnóstico.

#### Estudios de prevalencia

En las últimas décadas se han elaborado numerosos trabajos que examinan la prevalencia de los diagnósticos de enfermería, resultados NOC e intervenciones NIC en diferentes grupos de pacientes y áreas asistenciales. Aquí se han incluido aquellos estudios que recogen datos sobre la prevalencia del diagnóstico VR-TPP. Los artículos encontrados se centran principalmente en pacientes con trastornos mentales y en ancianos. Además, se han localizado otros proyectos desarrollados en el ámbito comunitario y hospitalario. En la tabla 16, aparecen los estudios de prevalencia realizados en el contexto de salud mental.

Como se puede ver, en el ámbito de salud mental, principalmente se han localizado trabajos centrados en unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP) para pacientes agudos (Abderhalden et al., 2007; Sales Orts & Costa Suarez, 2007; Sevillano Arroyo et al., 2004; Stefan et al., 2003; Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011; Vélchez Esteve et al., 2007), y en atención comunitaria psiquiátrica (Boomsma, Dingemans, & Dassen, 1997; Lluch Canut et al., 2009).



Tabla 16. Estudios de prevalencia VR-TPP en salud mental

REFERENCIA	PAÍS	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLÓGICA	MUESTRA	PREVALENCIA TPP
Ugalde Apalategui et al., 2011	España	UHP (5 unidades)	Multicéntrico, transversal, descriptivo y correlacional Estudio DE: Revisión de historias clínicas	N= 907 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia (ingresos consecutivos)	Muestra total: 45,7% (n=360) Por sexos: hombres 52,8% (n=190) mujeres 47,2% (n=170) Por GRD: GRD 426 (neurosis depresivas):44,07% (n=26) GRD 427 (neurosis excepto depresión): 28,57% (n=4) GRD 428 (t. personalidad): 41,12% (n=44) GRD 429 (alteraciones orgánicas y retraso mental): 38,10% (n=8) GRD 430 (psicosis): 45,06% (n=251) GRD (otros diagnósticos): 40% (n=2) GRD (abuso de drogas) 43,33% (n=52) <i>VR-TPP fue el 2º DE más prevalente</i>
Abderhalden et al., 2007	Austria Suiza	UHP (11 unidades)	Descriptivo retrospectivo Estudio DE: Revisión de historias clínicas	N= 330 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia (ingresos consecutivos)	<i>VR-TPP fue el 2º DE más prevalente (información obtenida de un resumen, no se especifica prevalencia)</i>
Sales Orts et al., 2007	España	UHP	Transversal analítico observacional Estudio DE: revisión de notas enfermería e información verbalizada en cambios de turno y observación directa	N=301 pacientes con esquizofrenia y alteraciones en el estado de ánimo Muestreo: por conveniencia (ingresos consecutivos)	Muestra total:94,02%(n=283) <i>VR-TPP fue el DE más prevalente</i>
Sevillano Arroyo et al., 2004	España	UHP (1 unidad)	Transversal descriptivo Estudio DE: revisión de historias clínicas	N= 150 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia (ingresos consecutivos)	Muestra total: 46% (n=69) <i>VR-TPP fue el 3º DE más prevalente</i>
Stefan et al., 2003	Austria Suiza	UHP (1 unidad)	Descriptivo retrospectivo Estudio DE: revisión de registros de enfermería	N= 30 pacientes psiquiátricos Muestro por conveniencia (altas consecutivas)	<i>VR-TPP dentro de los 3 DE más prevalentes (información obtenida de un resumen, no se especifica prevalencia)</i>
Lluch Canut et al., 2009	España	Consulta de Enfermería en Salud Mental	Descriptivo retrospectivo Estudio DE: revisión de historias clínicas	N= 66 pacientes con trastorno mental severo Muestreo por conveniencia (pacientes en seguimiento)	Muestra total: 54,5% (n= 36) <i>VR-TPP fue el 3er DE más prevalente</i>
Boomsma et al., 1997	Países Bajos	4 equipos de atención psiquiátrica domiciliaria	Investigación en acción Estudio DE: Revisión de historias clínicas (Análisis de contenido y codificación como DE)	N= 61 (pacientes psiquiátricos) Muestreo por conveniencia	<i>VR-TPP fue el 5º DE más prevalente (no se especifica prevalencia)</i>

DE: Diagnóstico de Enfermería; UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica; GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico

En todos estos estudios el diagnóstico VR-TPP se encuentra entre los 5 diagnósticos de enfermería más frecuentes. Como se puede observar, la prevalencia demostrada por el diagnóstico VR-TPP es alta, entre el 40 y 50% en todos los casos, a excepción de la detectada por Sales Orts y Costa Suarez (2007) que alcanza el 94%. Este resultado tan elevado se podría explicar por el hecho de que en este trabajo los diagnósticos enfermeros se valoraron en base a una planilla predefinida que incluía varias etiquetas diagnósticas con sus características definitorias, entre las que se encontraba VR-TPP. Dado que VR-TPP ha sido calificado como una etiqueta confusa y difícil de identificar en la práctica, el hecho de estar incluida en la planilla de valoración, puede haber facilitado su detección y por lo tanto haber incrementado su registro.

Cabría esperar ciertas diferencias entre los pacientes psiquiátricos agudos ingresados en UHP y aquellos pacientes psiquiátricos crónicos que conviven en la comunidad. Aunque sólo se han localizado dos proyectos realizados en el ámbito comunitario, sus resultados no difieren en gran medida de los llevados a cabo en UHP. Por otro lado, dos de los artículos de este grupo (Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011; Vílchez Esteve et al., 2007) ofrecen además información con relación al diagnóstico psiquiátrico de los pacientes incluidos en la muestra. Se puede observar como la prevalencia de VR-TPP es mayor al 40% en sujetos con diagnósticos como: neurosis depresivas, trastornos de la personalidad, psicosis, abuso de sustancias, esquizofrenia o manía.

Se han localizado siete estudios de prevalencia de diagnósticos de enfermería en población anciana (tabla 17). Se puede observar una marcada variabilidad en el nivel de prevalencia del diagnóstico VR-TPP entre sus resultados. Esto es explicable debido a las diferencias existentes entre ellos. En primer lugar, estos estudios presentan datos de distintos ámbitos asistenciales. Cuatro de ellos se centran en centros geriátricos y cuidados de larga duración (Barrigüete Andreu & González Porras, 2005; Daly, Maas, & Buckwalter, 1995; Hardy, Maas, & Akins, 1988; Maas & Buckwalter, 1988), dos de ellos en el ámbito comunitario (Borges Teixeira & Quintella Fernandes, 2003; Kuzu et al., 2005) y uno en el contexto hospitalario (M. Park et al., 2004). Por otro lado, el perfil de los pacientes incluidos en las muestras de estudio también difiere de uno a otro. Cuatro de ellos incluyen exclusivamente a ancianos con demencia y deterioro cognitivo (Borges Teixeira & Quintella Fernandes, 2003; Kuzu et al., 2005; Maas & Buckwalter, 1988; M. Park et al., 2004) y tres no especifican si los ancianos incluidos presentan o no alteraciones cognitivas (Barrigüete Andreu & González Porras, 2005; Daly et al., 1995; Hardy et al., 1988).

Tabla 17. Estudios de prevalencia VR-TPP en ancianos

REFERENCIA	PAÍS	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLÓGICA	MUESTRA	PREVALENCIA VR-TPP
Kuzu y col, 2005	Turquía	Atención comunitaria	Estudio pre-post con intervención educativa para cuidadores Estudio DE: Observación directa del paciente	N=32 pacientes con Alzheimer Muestreo por conveniencia	Pretest: 46,8% (n=15) Posttes: 31,3% (n=10)
Barriguete et al., 2005	España	Centro geriátrico	Descriptivo trasversal Estudio DE: Observación directa del paciente	N= 52 ancianos Muestreo por conveniencia (pacientes ingresados durante el estudio)	Muestra total: 1,9% (n=1)
Borges Teixeira et al., 2003	Brasil	Consulta de Enfermería en Salud Mental	Descriptivo exploratorio Estudio DE: Observación directa del paciente	N=48 ancianos con problemas cognitivos Muestreo por conveniencia (pacientes atendidos durante el estudio)	Muestra total: 27% (n= 13) Prevalencia por sexo: Hombres: 29,1% (n=7)Mujeres: 25% (n= 6)
Park et al., 2004	EEUU	Unidades de hospitalización	Descriptivo retrospectivo Estudio DE: revisión de historias clínicas	N= 597 ancianos con demencia hospitalizados Muestreo por conveniencia (altas consecutivas)	Muestra total: 29% (n=144)
Daly et al., 1995	EEUU	Centro de cuidados de larga duración	Retrospectivo descriptivo Estudio DE: revisión de historias clínicas	N=29 ancianos Muestreo aleatorio: registros de enfermería de un día aleatorio	Muestra total: 65,52% (n=19)
Mass y Buckwalter 1988	EEUU	Centro de cuidados de larga duración	Descriptivo y trasversal Estudio DE: entrevistas, revisión de historias clínicas y cuestionarios	N=60 pacientes con Alzheimer Muestreo por conveniencia (ingresos consecutivos)	Muestra total: 52% (n= 31)
Hardy et al., 1988	EEUU	Centros geriátricos	Revisión de 5 estudios Estudio DE: revisión de historias clínicas	Muestra (ancianos) en cada estudio: - IVH, 1985 (N= 121) - Hallal 1985 (N =106) - Leslie 1981 (N= 210) - Rantz 1984: (N=328) - Rantz 1986 (N=328) Muestreo no especificado	VR-TPP presente en los 5 estudios ( <i>no se especifica prevalencia</i> ): - IVH 1985: 3er DE más prevalente - Hallal 1985: 11º DE más prevalente - Leslie 1981: 3er DE más prevalente - Rantz 1984: 3er DE más prevalente - Rantz 1986: 3er DE más prevalente

DE: Diagnóstico de Enfermería

La prevalencia de VR-TPP en ancianos con demencia y deterioro cognitivo institucionalizados es alta (52%) (Maas & Buckwalter, 1988). La prevalencia de VR-TPP es algo menor en el caso de ancianos con demencia en el ámbito comunitario, entre el 31,3 y 25% (Borges Teixeira & Quintella Fernandes, 2003; Kuzu et al., 2005). En el caso de ancianos con demencia hospitalizados, la prevalencia de VR-TPP es del 29% (M. Park et al., 2004). Los resultados de los estudios que incluyen a ancianos institucionalizados sin especificar la existencia o no de

deterioro cognitivo muestran resultados discordantes. En el artículo de Barriguete y colegas (2005) la frecuencia de VR-TPP es muy baja (1,9%) en contraposición al artículo de Daly y colegas (1995) en el que es alta (65,52%). En los artículos analizados en la revisión bibliográfica de Hardy y colegas (1988), VR-TPP es el tercer diagnóstico enfermero más prevalente en todos los artículos a excepción de uno. Las diferencias entre estos resultados pueden deberse a las diferentes proporciones de sujetos con deterioro cognitivo incluidos en las muestras de cada estudio.

En la Tabla 18, se presentan los trabajos realizados en el ámbito comunitario, excluyendo a aquellos con población anciana ya presentados. Como cabría esperar, se observa una prevalencia de VR-TPP mucho menor, no llegando al 3% en los estudios de Nieto y colegas (2004) y Keenan y colegas (2003) y sobrepasando ligeramente el 10% en el estudio de Clavería Señís (1997).

**Tabla 18. Estudios de prevalencia VR-TPP en el contexto comunitario**

REFERENCIA	PAÍS	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLOGÍA	MUESTRA	PREVALENCIA VR-TPP
Nieto et al., 2004	España	Atención domiciliaria	Descriptivo transversal Estudio DE: Observación directa del paciente	N= 680 pacientes en atención domiciliaria Muestreo por conveniencia	Muestra total: 0,92% (n= 49)
Keenan et al., 2003	EEUU	Consulta de enfermería comunitaria	Descriptivo transversal Estudio DE: Observación directa del paciente	N=319 sujetos atendidos en la consulta Muestreo por conveniencia	Muestra total: 2,2% (n= 3)
Clavería Señís, 1997	España	Atención domiciliaria	Descriptivo retrospectivo Estudio DE: Revisión de historias clínicas (análisis de contenido codificación como DE)	N= 138 pacientes en atención domiciliaria Muestreo por conveniencia (historias clínicas de 1992 a 1994)	Muestra total: 11,6% (n= 37) VR-TPP fue el 8º DE más prevalente
Kang et al., 1994	EEUU	Consulta de enfermería de atención a familias con niños discapacitados	Retrospectivo descriptivo Estudio DE: revisión de registros de enfermería	N= 75 niños discapacitados Muestreo aleatorio	VR-TPP dentro de los 5 DE más prevalentes (no se especifica prevalencia)

*DE: Diagnóstico de Enfermería*

En la tabla 18, además, se ha incluido el proyecto de Kang y colegas (1994) desarrollado en una consulta de enfermería comunitaria en la que se atiende a niños discapacitados y a sus familias. Sus resultados muestran que VR-TPP está dentro de los cinco diagnósticos enfermeros más prevalentes en los niños. Este es el único estudio en población infantil localizado.

Como era previsible, la prevalencia del diagnóstico VR-TPP en unidades de hospitalización médico-quirúrgica es muy pequeña, en torno al 2% (Tabla 19). En los dos estudios liderados por Thoroddsen (Thoroddsen & Ehnfors, 2007; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002) se analizan los diagnósticos de enfermería más frecuentes en varias unidades de hospitalización, siendo VR-TPP uno de los menos prevalentes. De forma diferente, Karpiuk y colegas (1997) encontraron una mayor frecuencia del diagnóstico VR-TPP (22,3%) entre los pacientes con fractura de fémur. Este resultado podría estar relacionado con el perfil típico de los pacientes con fractura de cadera que suelen tener edad avanzada. Esto hace que presenten un mayor riesgo de sufrir delirium durante la hospitalización, lo que es coherente con la prevalencia de VR-TPP.

**Tabla 19. Estudios de prevalencia VR-TPP en el contexto hospitalario**

REFERENCIA	PAÍS	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLÓGICA	MUESTRA	PREVALENCIA VR-TPP
Thoroddsen y Ehnfors, 2007	Islandia	Unidades de hospitalización	Estudio pretest-postest tras intervención educativa sobre documentación y NNN Estudio DE: Revisión de registros de enfermería	Pretest: N= 362 pacientes hospitalizados Posttest: N=355 pacientes hospitalizados Muestreo por conveniencia (ingresos consecutivos)	Pretest: VR-TPP era el 9 DE más frecuente (n=37, 2,4%) Posttest: VR-TPP no aparece entre los 10 más frecuentes ( <i>no se especifica prevalencia</i> )
Thoroddsen y Thorsteinsson, 2002	Islandia	Unidades de hospitalización	Retrospectivo correlacional Estudio DE: revisión de historias clínicas (análisis de contenido codificación como DE)	N=1103 pacientes hospitalizados Muestreo :selección aleatoria de registros	Muestra total: 2,3% (n=51) Dentro de los 20 DE más prevalentes (puesto 11)
Karpiuk et al., 1997	EEUU	8 hospitales regionales	Retrospectivo descriptivo Estudio DE: revisión de historias clínicas	N=188 pacientes con fractura de fémur Muestreo por conveniencia	Muestra total: 22.3% (n=42) VR-TPP fue el 4º DE más prevalentes y uno de los 6 DE no resueltos más prevalentes

DE: Diagnóstico de Enfermería

Además de los artículos ya presentados, se localizó un estudio cualitativo, en el que también se recogía la presencia del diagnóstico VR-TPP (Carlson-Catalano, 1998). En este estudio se realizaron entrevistas a 8 mujeres que habían sufrido violencia de género en un área rural de EEUU y se les realizó una valoración de enfermería según los Patrones Funcionales de Gordon. Uno de los diagnósticos de enfermería presentes en todas ellas fue VR-TPP (Carlson-Catalano, 1998).

Tras analizar los estudios encontrados, queda patente que la evidencia sobre la prevalencia del diagnóstico VR-TPP en diferentes poblaciones y contextos clínicos no es muy extensa. En base a los artículos existentes, se podría concluir que el diagnóstico de enfermería VR-TPP es muy frecuente en pacientes con alteraciones mentales, ya sean trastornos psiquiátricos o deterioros cognitivos y demencias. Esto hace que sea un diagnóstico prevalente en los ámbitos clínicos relacionados con la salud mental y la geriatría. Fuera de estos contextos, en el ámbito hospitalario o atención primaria, su prevalencia es mucho menor. No obstante, en cualquier tipo de recurso asistencial se pueden encontrar pacientes con alteraciones cognitivas, ya sean agudas o crónicas, que presenten el diagnóstico VR-TPP.

Sin embargo, a la hora de interpretar los resultados expuestos aquí, es necesario tener en consideración diversos aspectos sobre los estudios. Los 22 artículos presentados abarcan un periodo de tiempo muy extenso, de 1988 a 2011. Sólo dos artículos han sido publicados en los últimos cinco años. Aunque sí se pueden encontrar 13 publicados en la década de los 2000. Como ya se ha explicado, el diagnóstico VR-TPP ha sido calificado como confuso y de poca utilidad en la práctica clínica y varios autores han aconsejado usarlo con precaución. Se podría argumentar que es por este motivo que el diagnóstico VR-TPP no esté presente en estudios de prevalencia más recientes.

Con relación a la procedencia de los artículos, sorprenden principalmente dos aspectos. En primer lugar, es llamativo el discreto número de proyectos americanos encontrados ( $n=7$ ), frente a los 14 europeos. Dado que la taxonomía NNN fue desarrollada en EEUU y pese a que ésta ha tenido gran aceptación en varios países europeos, se podría haber esperado encontrar un predominio de artículos elaborados en el contexto americano. Cabe la posibilidad de que se haya omitido algún escrito relevante. Sin embargo, se ha realizado un esfuerzo por realizar una búsqueda lo más exhaustiva posible.

En segundo lugar, es destacable el predominio de artículos españoles ( $n=8$ ). Aunque la búsqueda ha incluido recursos electrónicos internacionales, se ha realizado un mayor esfuerzo por localizar proyectos a nivel nacional, al considerar sus resultados más relevantes y tener mayor aplicabilidad en nuestro contexto. Sin embargo, se tiene en cuenta que esto ha originado la inclusión de evidencia de menor impacto y en ocasiones, de menor calidad metodológica. Otro factor a valorar a la hora de interpretar los resultados de la búsqueda bibliográfica es el hecho de que en el contexto anglosajón, por lo general, el uso de taxonomías y aplicación de planes de cuidados no está muy extendido (Domingo Pozo, 2011).

Los trabajos descritos abarcan diversos ámbitos y contextos sanitarios. Cabe mencionar que en aquellos centrados en salud mental, no se han encontrado proyectos en recursos asistenciales de tipo residencial y de larga estancia. Esto es coherente con el modelo actual de atención psiquiátrica que aboga por la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales, en contraposición al modelo de internamiento de larga estancia históricamente aplicado en psiquiatría (Lamb & Bachrach, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Sin embargo, los pacientes con trastornos psiquiátricos severos y graves alteraciones del comportamiento precisarán de apoyo y supervisión cercana, por lo que puede ser preciso su internamiento en recursos asistenciales de media o larga estancia (Fisher et al., 2001; Lamb & Bachrach, 2001; Maestro Barón & Jiménez Estévez, 2004; Molina Martín, 2003; Rasanen et al., 2000; Trieman & Leff, 1996). En nuestro entorno actualmente, existe un número importante de camas en unidades psiquiátricas de media y larga estancia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Molina Martín, 2003). Así, sería importante conocer la prevalencia de los diagnósticos de enfermería en este tipo de unidades.

Desde el punto de vista metodológico, la mayoría de los artículos presentan importantes limitaciones. Una gran parte de estos estudios (Abderhalden et al., 2007; Daly et al., 1995; Hardy et al., 1988; Kang, Barnard, & Oshio, 1994; Karpiuk et al., 1997; Lluch Canut et al., 2009; M. Park et al., 2004; Sevillano Arroyo et al., 2004; Stefan et al., 2003; Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011; Vílchez Esteve et al., 2007) examinan de forma retrospectiva la prevalencia de los diagnósticos de enfermería documentados en las historias clínicas y registros de enfermería. Estos diseños son muy frecuentes por su sencilla aplicación, y son una de las ventajas que ofrece la integración de la Taxonomía NNN en las historias clínicas informatizadas (NANDA International, 2010). Sin embargo, sus resultados deben ser considerados con cautela. Estos estudios ofrecen información sobre los problemas de los pacientes documentados, y no sobre la observación directa del estado del paciente. Se ha demostrado que uso de lenguajes estandarizados mejora la cantidad y calidad de los datos documentados (Keenan & Yakel, 2005; Saranto et al., 2014). No obstante, también se ha constatado que el contenido de los registros de enfermería no refleja el cuidado que realmente se le presta a los pacientes, ya que las enfermeras tienden a comunicar y registrar menos actividades de las que realmente llevan a cabo (Hale, Thomas, Bond, & Todd, 2007; Jefferies, Johnson, & Griffiths, 2010; Sales Orts, 2005).

En el caso del diagnóstico VR-TPP, se podría argumentar que su identificación puede resultar difícil y por lo tanto, su presencia no se detecta y registra adecuadamente. Así lo demuestra el estudio de Roberts y colegas (1996). Estos autores llevaron a cabo un análisis secundario en el que valoraron el nivel de congruencia entre los diagnósticos de enfermería registrados y la

evidencia clínica relacionada con los mismos en una muestra de 900 pacientes dados de alta de la UCI. Los resultados globales demostraron que el nivel de congruencia era muy bajo. Uno de los diagnósticos analizados en el estudio fue VR-TPP. Para su valoración se recogieron datos clínicos sobre el estado cognitivo y la orientación del paciente mediante observación directa y la escala de Orientación-Memoria Katzman. Este diagnóstico fue el que mayor nivel de infraregistro presentó, con una diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de registro y la frecuencia de observación clínica (Roberts et al., 1996).

Tres de los artículos presentados (Boomsma et al., 1997; Clavería Señis, 1997; Thoroddsen & Thorsteinsson, 2002) enuncian los diagnósticos de enfermería en base al análisis de contenido de las notas de valoración y evolución de enfermería. La identificación de diagnósticos se realizó de este modo porque en los registros de los pacientes en los ámbitos de estudio no se utilizaba ninguna taxonomía ni lenguaje normalizado para designar los problemas presentes. Los tres estudios están desarrollados en Europa (Países Bajos, España e Islandia, respectivamente). Esto es coherente con el hecho de que la integración de la nomenclatura NANDA-I en los registros electrónicos de los pacientes se ha extendido internacionalmente a partir de la última década.

Los estudios de prevalencia que identifican los diagnósticos mediante la valoración directa del paciente, aunque más complejos logísticamente, ofrecen un mayor grado de validez y fiabilidad a los datos. Seis de los artículos analizados emplean este diseño (Barrigüete Andreu & González Porras, 2005; Borges Teixeira & Quintella Fernandes, 2003; Keenan et al., 2003; Kuzu et al., 2005; Nieto García et al., 2004; Sales Orts & Costa Suarez, 2007). La inclusión de un segundo observador en este tipo de estudios, incrementa la calidad del diseño (Fehring, 1987). Únicamente un artículo constata que la valoración fue realizada por dos observadores (Keenan et al., 2003). De especial mención es el estudio liderado por Sales Orts (Sales Orts & Costa Suarez, 2007) en el que la identificación de los diagnósticos de enfermería se realiza por medio de tres fuentes de datos: la observación participante del investigador atendiendo a los problemas de los pacientes, la información transmitida por las enfermeras en el cambio de turno y la revisión de las notas de evolución de los pacientes.

Otro aspecto a considerar es la limitada representatividad de las muestras de algunos estudios comentados, debido a su reducido tamaño. Por otra parte, es importante resaltar que ninguna de las investigaciones presentadas ha llevado a cabo la valoración de la calidad de la documentación ni de la precisión de los diagnósticos enfermeros. Aunque esto no era el objetivo de ninguno de los estudios, la evidencia demuestra que en el nivel de precisión



diagnóstica entre los profesionales de enfermería puede variar considerablemente (Lunney, 2003). Una correcta identificación de los diagnósticos de enfermería es esencial para guiar la elección adecuada de los resultados e intervenciones en la planificación de cuidados.

Además de los datos sobre la prevalencia del diagnóstico VR-TPP, algunos estudios aportan evidencia sobre la mejoría del diagnóstico tras la intervención de los profesionales de enfermería. Como aparece en la tabla 16, Kuzu y colegas (2005) desarrollaron un estudio pre y post-test tras una intervención educativa dirigida a cuidadores de ancianos con Alzheimer. Uno de los componentes de esta intervención proporcionaba a los cuidadores consejos para el cuidado de sus familiares basados en los diagnósticos de enfermería identificados tras una valoración individualizada de cada uno. Uno de los diagnósticos identificados entre los ancianos fue VR-TPP. La prevalencia de este diagnóstico fue menor en la medición post-test, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (Kuzu et al., 2005).

Otro de los artículos analizados (Sales Orts & Costa Suarez, 2007) demuestra la relación entre la mejoría del diagnóstico y las intervenciones de enfermería. En este trabajo, se puntuó el grado de mejoría/empeoramiento al alta respecto al ingreso para cada diagnóstico de enfermería, con una escala con un rango de -2 a +5. Al alta hospitalaria el grado de alteración del diagnóstico VR-TPP disminuyó en un 91% (n=89) de los pacientes. La comparación de las puntuaciones al ingreso y al alta con relación al mismo evidenció una mejoría estadísticamente significativa, con un incremento positivo de 2,81 puntos. El tiempo de ingreso medio fue de  $22,18 \pm 25,34$  días. Estos autores concluyeron que, en base a los análisis realizados, se había demostrado claramente la influencia de las intervenciones de enfermería psiquiátrica sobre la mejoría de los pacientes durante su ingreso (Sales Orts & Costa Suarez, 2007).

Anteriormente, este mismo autor, Sales Orts, lideró un trabajo con objetivos similares. En dicho proyecto Sales Orts y colaboradores (1990) compararon la intensidad de 12 diagnósticos de enfermería al alta, tras 6 meses y tras 1 año en una muestra de 24 pacientes con trastornos psiquiátricos agudos. Codificaron la intensidad de los problemas de 0 cuando no existía problema a 3 cuando el problema era claramente observable. La comparación entre las puntuaciones globales resultó en una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) entre los datos al alta y tras 6 meses y 1 año, pero no fue significativa al comparar las puntuaciones a los 6 meses y al año. Entre los 12 diagnósticos de enfermería se encontraba VR-TPP, y hubo un descenso estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) en los tres momentos de valoración (Sales Orts et al., 1990).

Siguiendo el diseño planteado por Sales y colegas, Santiuste y colaboradores (1993) compararon la intensidad de los 12 diagnósticos de enfermería en una muestra de 30 pacientes con trastornos esquizofrénicos agudos desde el ingreso al alta. El diagnóstico de enfermería VR-TPP fue uno de los problemas presentes en los pacientes que mejoró significativamente ( $p < 0.05$ ) durante el ingreso (Santiuste et al., 1993). La duración media del ingreso fue de  $22,3 \pm 12,48$  días para los varones y de  $23,2 \pm 7,08$  días para las mujeres.

### Estudios de validación

Además de los estudios sobre prevalencia, en la búsqueda bibliográfica se encontraron tres estudios de validación. En un estudio reciente realizado en Taiwán (Chung, Chiang, Chou, Chu, & Chang, 2010) se valoró la fiabilidad inter e intra-observador del registro del proceso de enfermería en el ámbito de psiquiatría. Para ello analizaron las entrevistas de valoración realizadas a 54 pacientes con esquizofrenia. En base a los signos y síntomas recogidos en la entrevista se identificaron los diagnósticos de enfermería presentes. Para evaluar la variabilidad inter-observador otra enfermera con el mismo nivel de experiencia y educación evaluó las notas de las entrevistas e identificó los diagnósticos de enfermería presentes. Un mes después, la enfermera que realizó la entrevista volvió a repasar sus notas e identificar los diagnósticos de enfermería para medir la variabilidad intra-observador.

El diagnóstico de enfermería más frecuente en la muestra fue VR-TPP, mostrando un nivel moderado de fiabilidad inter-observador ( $Kappa=0.53$ , 95% IC=0.26-0.80) y un alto nivel de consistencia intra-observador ( $Kappa=0.77$ , 95% IC: 0.56-0.98). El análisis detallado de cada característica definitoria del diagnóstico mostró que el nivel de fiabilidad intra-observador en todas ellas fue adecuado (Rango: 0.30-0.79). Sin embargo, en la evaluación inter-observador las características definitorias egocentrismo, hipovigilancia y déficit de memoria obtuvieron índices extremadamente bajos. Los autores argumentan que esto puede ser debido a que este tipo de datos pueden no registrarse adecuadamente al valorar a pacientes con esquizofrenia, ya que en su valoración predominan otra clase de problemas más relacionados con el pensamiento desorganizado (Chung et al., 2010).

En el contexto español, a mediados de los 90 se llevó a cabo un estudio de validación de las categorías diagnósticas NANDA-I en cuatro áreas asistenciales, entre las que se encontraba Salud Mental (González Carrión et al., 1994; González Carrión et al., 1997). Como primera fase en dicho estudio, mediante la técnica de grupo nominal, se pidió a un grupo de enfermeras con experiencia en cada una de las áreas que identificaran los problemas que atendían en su práctica diaria. Tras esta identificación, el grupo de investigación etiquetó dichos problemas

como diagnósticos de enfermería NANDA-I. Esto resultó en un listado de diagnósticos de enfermería para cada una de las áreas. Como segunda fase del estudio, se realizó un estudio de concordancia, en el que dos enfermeras observadoras realizaron una valoración directa a 30 pacientes en cada una de las áreas, con el fin de comprobar si presentaban o no los diagnósticos de enfermería identificados previamente. El diagnóstico VR-TPP, se etiquetó exclusivamente en salud mental. En el estudio de concordancia se identificó en 23 de los 30 pacientes, presentando un excelente índice Kappa (0,930).

Como se ha explicado, una de las críticas al diagnóstico VR-TPP es su difícil diferenciación en la práctica clínica con el diagnóstico *trastorno de la percepción sensorial (00122)*. Hancock y colegas (1994) realizaron una consulta a 66 miembros de la NANDA-I que se autodefinían como expertos en estos diagnósticos. Aplicando el modelo de Fehring (1987) para la validación de contenido, solicitaron a los participantes valorar, mediante una escala Likert, el grado de representatividad de cada característica definitoria respecto al diagnóstico. En el caso de VR-TPP se identificaron dos características principales: capacidad alterada para resolver problemas y capacidad alterada para tomar decisiones (Hancock et al., 1994).

Además, a los participantes se les pidió precisar cuál de los dos diagnósticos representa mejor cada característica definitoria. En el caso de VR-TPP, las características más discriminantes fueron: secuencia de pensamiento desordenada, pensamiento no basado en la realidad, capacidad alterada para resolver problemas, capacidad alterada para tomar decisiones y capacidad alterada para lo abstracto o conceptual. También, se les preguntó sobre si los consideraban de ayuda y empleaban en la práctica, y si guiaban intervenciones enfermeras independientes, interdependientes o dependientes. Con relación a su aplicación clínica, el 86% comentó que ambos diagnósticos estaban dentro de la práctica enfermera y representaban fenómenos de interés para enfermería. El 66% manifestó que las intervenciones enfermeras derivadas de este diagnóstico era interdependientes y el 31% que eran independientes. Algunos expertos (19.4%) comentaron que en lugar de estos, tendían a usar diagnósticos alternativos, nombrando hasta 46 etiquetas diagnósticas adicionales (Hancock et al., 1994).

Estos autores concluyeron que la principal diferencia entre los dos diagnósticos es que el diagnóstico VR-TPP es utilizado para problemas cognitivos, y *trastorno de la percepción sensorial (00122)* para problemas de percepción. En base a sus resultados, Hancock y colegas confirman la idea de que ambos diagnósticos se solapan y resulta difícil diferenciarlos en la práctica. Defienden que es esencial el desarrollo de diagnósticos más específicos que guíen la práctica enfermera (Hancock et al., 1994).

Estos tres estudios de validación aportan limitada evidencia sobre el diagnóstico enfermero VR-TPP. El estudio desarrollado por Hancock y colegas (1994) es el único estudio de validación de contenido sobre el diagnóstico realizado hasta la fecha. El modelo de validación de contenido se basa en obtener la opinión de enfermeras expertas sobre el grado en que cada característica definitoria es indicativa de un diagnóstico de enfermería dado (Fehring, 1987). El número de expertos incluidos es algo reducido (n=66) y no se detallan los criterios seguidos para su selección. En los estudios de validación de contenido, Fehring (1994) enfatiza la importancia de disponer de “verdaderos expertos” para garantizar la fiabilidad y validez de los resultados.

A pesar de esta limitación, el estudio de Hancock y colegas (1994) aporta datos interesantes sobre el diagnóstico VR-TPP. Así, los expertos señalaron como características definitorias principales: capacidad alterada para resolver problemas y capacidad alterada para tomar decisiones. Estas dos características definitorias no están entre las definidas por la NANDA-I (NANDA International, 2010). Para este estudio, los autores utilizaron la lista de características definitorias propuesta por en el manual de Kim y colaboradores (1994) por ser más inclusiva que la de la NANDA-I (Hancock et al., 1994).

Los trabajos liderados por Chung (Chung et al., 2010) y González Carrión (González Carrión et al., 1994) son estudios de validación clínica. Los proyectos de investigación de validación clínica buscan obtener evidencia empírica de la existencia de un diagnóstico enfermero dado en un ámbito clínico determinado (Fehring, 1987). Debido al pequeño tamaño de las muestras de ambos estudios, la generalización de sus resultados puede ser algo limitada. Aunque ambos aportan datos sobre el nivel de fiabilidad inter-observador del diagnóstico, sus conclusiones difieren. El índice de concordancia encontrado en el estudio español (González Carrión et al., 1994) es mayor que en el de Taiwán (Chung et al., 2010). Esto puede ser debido a diversos factores. En primer lugar, en el estudio de Chung y colegas (2010), la identificación de los diagnósticos enfermeros se realiza en base a las anotaciones realizadas durante la entrevista de valoración. En el de González Carrión y colegas (1994) se realiza mediante la observación directa de los pacientes por los dos observadores. Por otra parte, VR-TPP es un diagnóstico de enfermería sensible culturalmente (Leininger, 1990), por lo que las variaciones en los resultados pueden estar también influenciadas por las diferencias culturales.

Por último cabe comentar el trabajo de Fraunfalaer y colegas (Frauenfelder et al., 2011) cuyo objetivo era identificar aquellos fenómenos de salud abordados por enfermería en el ámbito de salud mental. Tras realizar una revisión de los artículos existentes relacionados con el

cuidado de enfermería en unidades de psiquiatría y realizar un análisis de contenido de los términos utilizados, identificaron 21 fenómenos que eran reconocibles como diagnósticos de enfermería NANDA-I y 43 fenómenos que no eran abordados por esta taxonomía. Entre ellos, se encontraba el fenómeno trastorno de los patrones de pensamiento (*disturbed thinking patterns*) que englobaba términos como dificultad para expresar una opinión o pensamiento completos (*difficulty in expressing a complete thought or opinion*), pensamiento excesivo (*excessive thinking*) o procesos de pensamiento desorganizados (*disorganized thought processes*). Según apuntan estos autores este fenómeno podría ser compatible con VR-TPP y animan al debate sobre su posible reintroducción en la taxonomía.

#### 4. A modo de síntesis

La literatura localizada demuestra que existe un interés en el diagnóstico de enfermería VR-TPP, pero la evidencia disponible no es muy extensa y es preciso seguir trabajando, a nivel conceptual y empírico, para completar y refinar esta etiqueta diagnóstica. Desde un punto de vista teórico, las discusiones revisadas inciden en que puede resultar demasiado general y abstracto, dificultando su uso en la práctica clínica. Desde los años 80, varios autores han propuesto definiciones alternativas y características definitorias y factores relacionados adicionales con el propósito de clarificar y complementar este diagnóstico. Sin embargo, dicha información nunca ha sido incluida en la versión del diagnóstico recogida en la clasificación de la NANDA-I.

Entre los artículos de investigación encontrados se han localizado algunos estudios de validación, pero la mayoría de ellos ofrecen datos sobre la prevalencia del diagnóstico VR-TPP en diferentes ámbitos clínicos. En base a la evidencia analizada se podría concluir que el diagnóstico VR-TPP es muy frecuente en pacientes con alteraciones mentales, ya sean trastornos psiquiátricos o deterioros cognitivos (demencias). Por ello, es un diagnóstico habitual en ámbitos clínicos relacionados con la salud mental o geriatría y fuera de estos contextos, su prevalencia puede ser mucho menor. Sin embargo, en cualquier recurso asistencial se pueden encontrar pacientes con alteraciones mentales/cognitivas ya sean agudas o crónicas.

## IV.1.2 “Procesos de pensamiento”: Análisis conceptual

Como ya se ha explicado, cada diagnóstico de enfermería es un concepto que representa un fenómeno de interés y de relevancia para la disciplina de Enfermería (Avant, 1991). Así, para desarrollar o refinar un diagnóstico de enfermería, el primer paso consiste en la identificación y formulación del concepto (núcleo) diagnóstico. Cada concepto diagnóstico debe ser desarrollado con métodos sistemáticos (Walker & Avant, 2011). Gordon (1990) aconseja evitar términos demasiado abstractos al desarrollar o refinar un concepto para un diagnóstico de enfermería. Cuando se maneja un concepto abstracto, sugiere desarrollar subcategorías más específicas. La claridad y simplicidad son fundamentales para que las enfermeras, en base a su entendimiento y comprensión del concepto diagnóstico, sean capaces de extraer información relevante para la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente (Gordon, 1990).

Los conceptos relacionados con la cognición y el pensamiento, a menudo resultan demasiado imprecisos o generales, y su utilización en las etiquetas diagnósticas puede generar cierta confusión o dificultad. Como se ha expuesto anteriormente, el diagnóstico de enfermería VR-TPP ha sido calificado como demasiado abstracto por lo que, a veces, resulta de poca utilidad para guiar intervenciones de enfermería en la práctica clínica.

Como parte del proceso de derivación conceptual, se desarrolló una revisión y análisis temático de los usos y significados del concepto “procesos de pensamiento” en la literatura científica de la disciplina de Enfermería.

### 1. Estrategia de búsqueda

En la estrategia de búsqueda, se utilizó el concepto entrecomillado, en castellano, en plural y singular: “proceso de pensamiento” y “procesos de pensamiento”. En lengua inglesa, para nombrar la palabra “pensamiento” se utilizan los términos “*thought*” o “*thinking*”, por lo que en la búsqueda se incluyeron ambos: “*thought process*”, “*thought processes*”, “*thinking process*” y “*thinking processes*”. Los términos de búsqueda se introdujeron en inglés o castellano según la base de datos y se combinaron con el operador booleano “OR”. Los campos de búsqueda se limitaron a título y resumen, cuando la base de datos así lo permitía. Se aplicó este límite con la intención de identificar sólo aquellos artículos en los que el concepto fuera

central y relevante. No se aplicó límite de fecha alguno. Así, se incluyó bibliografía publicada desde 1972<sup>11</sup> hasta 2013.

Se consultaron bases de datos internacionales, incluyendo: PubMed, Web of Knowledge, CINAHL, PsycINFO y Scopus. Además se buscó en bases de datos nacionales e iberoamericanas (CUIDEN, EnFisPo, Scielo España, Hemeroteca Cantártida, Ibecs y Lillacs). Se realizó una búsqueda manual en las siguientes revistas de enfermería: International Journal of Nursing Knowledge, Western Journal of Nursing Research, Advances in Nursing Science, Nursing Research, Journal of Nursing Scholarship e International Journal of Nursing Studies. También, se incluyeron revistas especializadas en enfermería psiquiátrica como: Archives of Psychiatric Nursing, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Issues of Mental Health Nursing, Psychiatric Services y Journal of the American Psychiatric Nurses Association. Además, se revisaron las listas de referencias de los artículos localizados en busca de artículos adicionales.

Se analizó el título y resumen de las referencias obtenidas tras la búsqueda para comprobar si cumplían los criterios establecidos. Se seleccionaron todos aquellos artículos científicos que en los que “procesos de pensamiento” era un concepto central o relevante. Se excluyeron los casos clínicos y aquellos textos en los que el término era accesorio o secundario, por lo que no permitían extraer una definición del mismo.

## 2. Usos del concepto “procesos de pensamiento”

Tras la búsqueda se localizaron 143 referencias, de las que finalmente, tras aplicar los criterios de inclusión, se seleccionaron 121. En base a su temática y al significado atribuido al concepto “procesos de pensamiento”, los artículos encontrados se clasificaron en 4 categorías (tabla 20). En el anexo 10 se pueden encontrar las referencias de todos los artículos incluidos en cada categoría. En la figura 10, se muestra la distribución por años de publicación de los artículos encontrados, divididos en las cuatro categorías.

**Tabla 20. Clasificación de las referencias relativas al concepto “procesos de pensamiento”**

Categoría	Nº de artículos
PP r/c el diagnóstico de enfermería VR-TPP	19 artículos
PP r/c pensamiento crítico y juicio clínico	74 artículos
PP r/c afrontamiento y toma de decisiones ante la enfermedad	16 artículos
PP r/c trastornos mentales	13 artículos

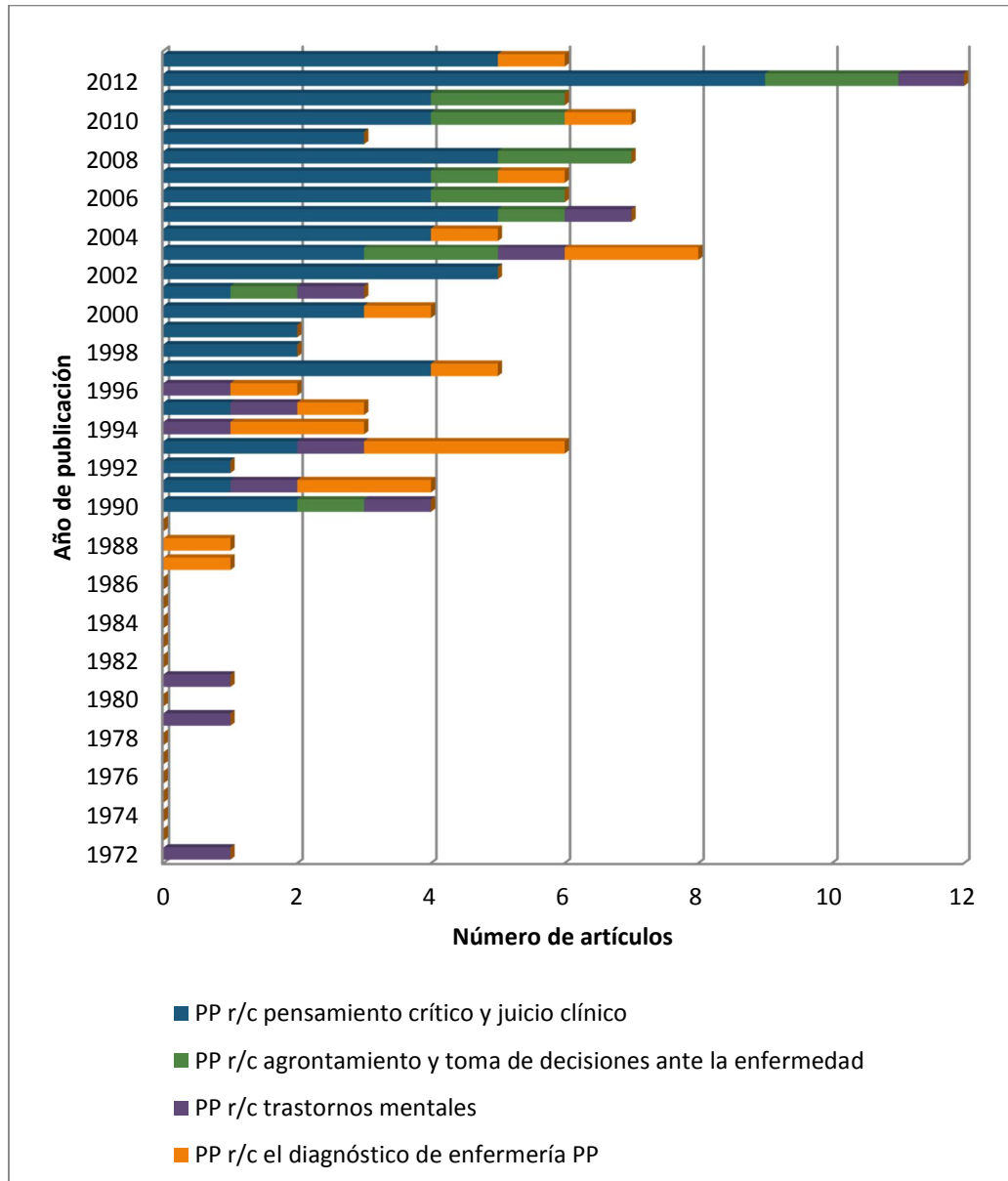
PP: procesos de pensamiento

r/c: relacionado con

<sup>11</sup> Esta fecha hace referencia al artículo más antiguo localizado.

La categoría PP r/c el diagnóstico de enfermería VR-TPP no se comentará en esta sección, dado que incluye artículos que nombran al diagnóstico de enfermería VR-TPP como tal, y de estos los más relevantes ya han sido descritos en la sección anterior. A continuación, se presentarán el resto de las categorías. Con el fin de ilustrar el uso y significado del concepto “procesos de pensamiento” se comentarán algunos de los artículos catalogados en cada categoría a modo de ejemplo.

**Figura 10. Distribución de los años de publicación de los artículos incluidos en el análisis**





## Procesos de Pensamiento r/c pensamiento crítico y juicio clínico

Esta categoría engloba 74 trabajos relacionados con el pensamiento crítico, el juicio clínico y la toma de decisiones en la práctica clínica. Entre los artículos localizados, se encuentran algunos centrados en la formación de estudiantes de enfermería y otros referidos a profesionales de enfermería en activo. Se han encontrado numerosas referencias relacionadas con este tema, y como se puede observar en la figura 10, la producción científica sobre el mismo ha experimentado un gran auge desde finales de la década de los 90 hasta la actualidad.

En la literatura relacionada con el pensamiento crítico en enfermería, se utilizan múltiples conceptos como sinónimos para designar este fenómeno. En un análisis de concepto, Turner (2005) encontró hasta 43 términos alternativos utilizados para describir el concepto de pensamiento crítico en la bibliografía de la disciplina de Enfermería. Algunos de los términos más utilizados son toma de decisiones (*decision-making*), resolución de problemas (*problem-solving*), juicio clínico (*clinical judgment*), razonamiento diagnóstico (*diagnostic reasoning*) y razonamiento clínico (*clinical reasoning*) (Falan & Han, 2013; Simmons, 2010). Todos estos términos, sugieren Falan y Han (2013), representan el proceso intelectual que llevan a cabo las enfermeras al evaluar los síntomas de un paciente, señalar sus posibles causas, y planificar los cuidados oportunos. Tal y como apuntan Eisenhauer y colaboradores (2007) esta falta de unanimidad entre los términos empleados es un reflejo de la complejidad que conlleva la búsqueda de las palabras y constructos más adecuados para describir los procesos de pensamiento (*thinking processes*) de los profesionales de enfermería.

En este contexto, el concepto “procesos de pensamiento” se utiliza para hacer referencia a las reflexiones y secuencias de pensamiento que llevan a cabo los estudiantes o profesionales de enfermería durante la valoración de los pacientes y la elección y desarrollo de una determinada acción y/o intervención en la práctica clínica. Es decir, el término se utiliza para hacer referencia al contenido y a los patrones de pensamiento implicados en el proceso de razonamiento clínico y toma de decisiones al aplicar el PAE. A continuación, se presentan algunos fragmentos de texto extraídos de los artículos clasificados en esta categoría que ilustran este significado.

*“Relatively few studies have been focused on the thinking processes of practicing nurses. Research on the cognitive processes of nurses involved in medication administration is even more limited. In a study of Australian graduate nurses, Manias, Aitken, & Dunning (2004a, 2004b) used semistructured interviews and participant observation to explore nurses’ perceptions of their medication*

*management activities and decision making in an acute care setting. (...) They found that the nurses' thinking processes were most often hypothetico-deductive reasoning, followed by pattern recognition and intuition.” (Relativamente pocos estudios se han centrado en los procesos de pensamiento de las enfermeras en activo. La investigación sobre los procesos cognitivos de las enfermeras involucradas en la administración de medicación es incluso más limitada. En un estudio australiano de enfermeras graduadas Manias, Aitken, & Dunning (2004a, 2004b) usaron entrevistas semi-estructuradas y observación participante para explorar las percepciones de las enfermeras sobre sus actividades en el manejo de la medicación y la toma de decisiones en una unidad de cuidados agudos. (...) Encontraron que los procesos de pensamiento de las enfermeras eran más frecuentemente razonamientos hipotético-deductivos, seguidos del patrón reconocimiento e intuición) (Eisenhauer et al., 2007, p. 83).*

*“Nurses' thinking processes extended beyond rules and procedures as participants used patient data and interdisciplinary professional knowledge to provide safe and effective care. Identification of thinking processes can help nurses to explain the professional expertise inherent in medication administration that go beyond the technical use of the “5 rights.” (Los procesos de pensamiento de las enfermeras se extienden más allá de reglas y procedimientos, así los participantes utilizaron los datos de los pacientes y conocimiento profesional interdisciplinario para ofrecer un cuidado seguro y efectivo. La identificación de los procesos de pensamiento puede ayudar a las enfermeras a explicar su pericia profesional inherente a la administración de medicación que va más allá del uso técnico de los “5 correctos”) (Eisenhauer et al., 2007, p. 87).*

*“This research employs the think-aloud method, (...) that requires research participants to speak aloud their thought processes during the performance of a task. The think-aloud method is often used to (...) understand how information is used in decision making or the development of an action plan (Ericsson & Simon, 1993; Greenwood & King, 1995). Results generated by the think-aloud method can be used to understand the cognitive process of the subjects and provide insight into the way that problems are solved.” (Esta investigación utiliza el método “pensar en voz alta”, (...) que requiere que los participantes en la investigación comenten en voz alta sus procesos de pensamiento durante el desempeño de una tarea. El método “pensar en voz alta” es a menudo utilizado para (...) entender*

*como la información es utilizada en la toma de decisiones o el desarrollo de un plan de acción. Los resultados generados por el método “pensar en voz alta” pueden ser utilizados para entender los procesos cognitivos de los sujetos y proporcionar información sobre la forma en que se solucionan los problemas) (Falan & Han, 2013, p. 7).*

*“However, our analysis also reveals that the think-aloud responses from three of the six participants (50%) have demonstrated very rich details, multiple levels of similarities, quite in-depth interpretations, and clear judgments. Furthermore, a certain thinking process has been repeatedly employed by these participants.” (Sin embargo, nuestro análisis también revela que las repuestas del “pensamiento en voz alta” de tres de los seis participantes (50%) han demostrado detalles muy ricos, múltiples niveles de similitudes, interpretaciones en profundidad, y juicios claros. Además, un proceso de pensamiento determinado ha sido utilizado por estos participantes de forma repetida) (Falan & Han, 2013, p. 10).*

Todos los artículos incluidos en esta categoría utilizan el término “procesos de pensamiento”. Sin embargo, no lo definen directamente, aunque su significado se puede deducir. A pesar de que el concepto es relevante en estos escritos, en muy pocos juega un papel central, y no constituye un fenómeno directamente estudiado. Casi todos los estudios abordan el proceso de razonamiento global de los profesionales de enfermería, que resulta en la toma de decisiones y la resolución del problema. El término “procesos de pensamiento” se utiliza para designar únicamente un componente de todo el proceso de razonamiento. Así, el término se refiere a los patrones de pensamiento seguidos por las enfermeras por los que integran conocimientos e intuición en la toma de decisiones.

Cabe mencionar, el trabajo desarrollado por Smith Higuchi y Donald (2002) cuyo objetivo principal es analizar los procesos de pensamiento (*thinking processes*) utilizados por enfermeras en la toma de decisiones en la práctica clínica con el fin de que dichos procesos puedan guiar acciones formativas. Estos autores aplicaron el modelo propuesto por Donald (1992) que distingue seis procesos mentales de orden superior diferentes: descripción, selección, representación, inferencia, síntesis y verificación. Smith Higuchi y Donald (2002) utilizaron esta clasificación, para analizar las notas de evolución de enfermería extraídas de las historias clínicas de 100 pacientes en unidades médicas y quirúrgicas. Los procesos mentales reflejados en las notas, fueron codificados según las seis categorías señaladas por Donald (1992). Donald (1992) define los procesos de pensamiento como “los métodos o procesos de

conceptualización, análisis, y razonamiento” (p.413). En esta línea, Han y colegas (2007) aplicando el método de “pensar en voz alta” a enfermeras en cuidados intensivos identificaron cuatro procesos de pensamiento (*thinking processes*) en la toma de decisiones en la práctica clínica. Estos procesos fueron: revisión, validación, consideración y racionalización.

### Procesos de pensamiento r/c afrontamiento y toma de decisiones ante la enfermedad

Otro uso del concepto “procesos de pensamiento” que se ha detectado en la bibliografía, se aplica en el contexto de la toma de decisiones y afrontamiento ante la enfermedad u otras situaciones problemáticas. Todos los estudios incluidos en esta categoría (n=16) son cualitativos, y la mayoría tienen como objetivo explorar los “procesos de pensamiento” de los participantes. En estos artículos se utiliza este término para designar los patrones y pautas de pensamiento en cuanto a su contenido y su curso o dirección en la toma de decisiones.

Algunos de estos trabajos describen los procesos de pensamiento que manifiestan personas en situaciones de vulnerabilidad o dificultad. Por ejemplo, Coggins y Bullock (2003) utilizaron un enfoque cualitativo para explorar las experiencias con relación a anticoncepción, embarazo, sexualidad y violencia doméstica de mujeres víctimas de maltrato. Según apuntan, los resultados de su estudio proporcionan una visión aproximada de la *“realidad que afrontan estas mujeres y de los procesos de pensamiento que utilizan para sobrevivir y continuar con la relación”* (Coggins & Bullock, 2003, p. 723). Otra de las circunstancias abordadas en estos artículos es el embarazo en adolescentes y la decisión de llevar a término el embarazo (Chou, Hsia, & Sheu, 2006).

Otros trabajos se centran en el riesgo o la presencia de enfermedades. Un estudio de teoría fundamentada examinó los “procesos de pensamiento” de 15 fumadores en cuanto a su valoración de su riesgo de padecer cáncer (Hay, Shuk, Cruz, & Ostroff, 2005). En base a los resultados, los autores plantearon un modelo de los procesos mentales para la valoración del riesgo. Dicho modelo estaba compuesto por un proceso cognitivo principal influido por un proceso afectivo y actitudinal. Otro autor, Lally, llevo a cabo dos estudios de teoría fundamentada con el objetivo de describir los procesos de pensamiento y comportamientos asociados de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama durante las primeras semanas antes del tratamiento (Lally, 2010; Lally, Hydeman, Schwert, Henderson, & Edge, 2012). Como resultado propuso una teoría, titulada *“Acclimattting to Breast Cancer”*, sobre el afrontamiento

ante el diagnóstico de cáncer de mama durante el periodo anterior al comienzo del tratamiento.

### Procesos de Pensamiento r/c trastornos mentales

En esta categoría se recogen aquellos artículos (n=13) que utilizan el concepto “procesos de pensamiento” con relación a la alteración del pensamiento y operaciones mentales en el contexto de la atención psiquiátrica. Se han localizado dos publicaciones (Crouch, 1972; Schroder, 1979), que ya en la década de los 70 hacían referencia a la alteración de los procesos de pensamiento en los pacientes con esquizofrenia. Estos autores apuntaban que los procesos de pensamiento de los pacientes con esquizofrenia mostraban ciertas características peculiares y señalaban la importancia de que las enfermeras tuvieran este aspecto en consideración. Schroder (1979) explicaba que los procesos de pensamiento de estos pacientes se diferenciaban en el tipo de lógica utilizada, en la naturaleza de las asociaciones realizadas y en la utilización de significados para las palabras de carácter más denotativo que connotativo.

Se han encontrado diferentes trabajos en el ámbito de la enfermería psiquiátrica en los que se incluye el concepto “procesos de pensamiento” como variable. Así ocurre en el estudio liderado por Mathew (Mathew, Gutsch, Hackney, & Munsat, 1994) que pretendía analizar los efectos de la implantación de una enfermera clínica especialista en psicogeriatría como persona de referencia para las unidades de psiquiatría de un hospital universitario en EEUU. En este estudio se realizó una valoración pre y post-test del tiempo de ingreso, del conocimiento y actitudes del personal de enfermería y de varios resultados de cuidado de los pacientes. Los procesos de pensamiento fue una de las variables referidas a los resultados de cuidado de pacientes donde se obtuvo una mejoría del 40%. Sin embargo, los autores no proporcionan una definición ni explican con exactitud cómo fue evaluada dicha variable. Afirman que utilizaron un guion para la valoración de enfermería elaborado previamente que recogía los diferentes resultados de cuidado evaluados. Sin embargo, a la luz de sus resultados argumentan que es posible que dicho guion no tuviera la sensibilidad adecuada como para detectar cambios en las variables de estudio (Mathew et al., 1994).

Otro caso de la inclusión del concepto “procesos de pensamiento” como variable es el estudio elaborado por Dankberg (1991). Este estudio está basado en la teoría cognitiva de la depresión desarrollada por Beck (1976, citado en Dankerg, 1991) que enuncia que los síntomas de la depresión son consecuencia de procesos de pensamiento distorsionados. En el proyecto se evalúa la relación entre el grado de distorsiones cognitivas y el nivel de depresión en pacientes bulímicas (Dankberg, 1991).

Además de cómo variable de estudio, el concepto “procesos de pensamiento” ha sido integrado en algunos modelos y teorías de enfermería. El *Ego Competency Model (ECM)* es un modelo teórico para enfermería psiquiátrica que plasma la labor específica desarrollada por las enfermeras dentro de un equipo multidisciplinar en la atención a pacientes con trastornos mentales (Kerr, 1990). Este modelo recoge todas las fases del PAE, proponiendo unos estándares para la valoración, el diagnóstico, los objetivos e intervenciones de enfermería. Como punto de partida establece nueve funciones del “yo” (*Ego Functions*). Una de estas funciones del “yo” son los procesos de pensamiento, definidos como “el modo característico de pensamiento y expresión lingüística” (Kerr, 1990; p.17). Según enuncia el modelo, los pacientes con trastornos mentales suelen presentar déficits en estas funciones en distinto grado. El rol de enfermería será suplir estos déficits cuando el paciente no sea capaz de desarrollar las funciones por sí mismo. Además, deberá ayudar al paciente a corregir la dependencia favoreciendo que interiorice las funciones y logre desarrollarlas de forma autónoma (Kerr, 1990).

Otro ejemplo es la teoría de rango medio “*The Neuro-Interactional Model*” sobre el significado y sentido que los pacientes atribuyen a su experiencia durante su estancia en unidades de cuidados intensivos (Lusardi & Schwartz-Barcott, 1996). Los autores perfilaron y completaron un modelo ya existente en base al trabajo de campo que realizaron, por medio de observación no participante. El modelo consta de tres componentes: el nivel de consciencia (*level of consciousness*), los procesos de pensamiento (*thinking processes*) y el alcance del significado (*scope of meaning*). Según explican los autores, el alcance del significado se refiere a *Qué* piensan los pacientes y los procesos de pensamiento hacen referencia al *Cómo* piensan. Así, en base al estado de consciencia, definen cuatro niveles de procesos de pensamiento: sin pensamiento (*no thinking*), pensamiento primario (*primary thinking*), auto-discurso (*self-talk*) e interacción recíproca (*mutual interaction*). Los diferentes niveles de procesos de pensamiento van desde la ausencia de pensamiento, a pensamientos limitados o automáticos, pasando por un pensamiento más centrado en la autoconciencia y en las propias necesidades para llegar a la capacidad de interacción con otros (Lusardi & Schwartz-Barcott, 1996).

Además de cómo variable de estudio o elemento de modelos teóricos, en muchos casos el término “proceso de pensamiento” se utiliza con relación al constructo pensamiento distorsionado o desorganizado (*thought disorder/thought disturbance*) frecuentemente utilizado en psiquiatría. Sands (2012) define la distorsión del pensamiento como la desorganización en el contenido, cantidad y fluidez del pensamiento que se observa típicamente en los pacientes con psicosis. Hagen y Mitchell (2001) haciendo referencia a Betrus

(1991, citado en Hagen y Mitchell 2001) define el pensamiento desorganizado como la alteración del proceso cognitivo, incluyendo la auto-percepción y la auto-conciencia.

### 3. A modo de síntesis

En la bibliografía dentro de la disciplina de enfermería, se han encontrado cuatro áreas temáticas en las que se usa este término. Por una parte, se han localizado numerosas referencias sobre el pensamiento crítico y juicio clínico de los profesionales y estudiantes de enfermería en la práctica. Las tres categorías restantes están vinculadas con pacientes o personas con algún problema de salud. Una de estas categorías agrupa estudios cualitativos centrados en el afrontamiento y toma de decisiones ante la enfermedad. El ámbito de la enfermería psiquiátrica es otra área temática donde el término “procesos de pensamiento” es utilizado, entre otros, como variable de estudio o como componente de teorías o modelos. Y finalmente, se encuentran todos aquellos estudios relacionados con el diagnóstico de enfermería VR-TPP. A modo de síntesis se podría concluir que, aunque es un término utilizado en la disciplina, a nivel conceptual no está claramente definido ni se aplica siempre para designar un mismo fenómeno.

En la literatura examinada se observa que el concepto “procesos de pensamiento” generalmente se aplica para hacer referencia a los esquemas o patrones de pensamiento que resultan en la toma de decisiones o resolución de problemas. En la tabla 21 se han recopilado los elementos clave del concepto “procesos de pensamiento” identificados en los diferentes artículos revisados.

**Tabla 21. Elementos principales del concepto "procesos de pensamiento"**

Los procesos de pensamiento hacen referencia a:	
Reflexiones	Implicados en los procesos de razonamiento y toma de decisiones para la resolución de problemas.
Contenido del pensamiento	
Secuencias, patrones y pautas de pensamiento	
Curso y dirección en la toma de decisiones	
Naturaleza de las asociaciones mentales	
Tipo de lógica	
Utilización (procesamiento) de la información	

Por otro lado, un resultado destacable de la búsqueda bibliográfica fue la ausencia de referencias en castellano. Para compensar este hecho, se realizó una búsqueda adicional en las revistas españolas: Presencia, Evidentia, Cultura de Cuidados, Index Enfermería, Enfermería

Clínica, Revista Rol de Enfermería y Metas. Únicamente se encontró un número reducido artículos relacionados con el diagnóstico de enfermería VR-TPP o el pensamiento crítico y juicio clínico, y ninguna publicación que pudiera completar los hallazgos presentados aquí.



### IV.1.3 Fenómenos de salud abordados por enfermería relacionados con la cognición y el pensamiento: revisión integradora

Dentro de la fase de revisión de la literatura de enfermería sobre el fenómeno de interés dentro del proceso del proceso de derivación conceptual, se desarrolló una revisión bibliográfica integradora con los siguientes objetivos:

- Describir aquellos fenómenos y/o problemas de salud secundarios a alteraciones del pensamiento que son abordados por los profesionales de enfermería
- Analizar cómo se define operativamente y se valora la función cognitiva y las alteraciones en el pensamiento

Así, en esta sección se analizarán los conceptos que ilustran respuestas humanas o fenómenos de salud relacionados con la función cognitiva y el pensamiento que son abordados por enfermería.

#### 1. Estrategia de búsqueda

Con el fin de identificar todos los conceptos relevantes, se revisaron manuales de enfermería en salud mental y geriatría, libros de referencia sobre la valoración de enfermería y los diagnósticos de enfermería y bibliografía de carácter teórico centrada en los diagnósticos de enfermería relacionados con la cognición o pensamiento. De forma adicional, se realizó una revisión bibliográfica para localizar estudios empíricos recientes que aplicaran conceptos relacionados con el pensamiento o cognición en el contexto de la práctica clínica de enfermería.

Para la revisión bibliográfica, se consultaron bases de datos internacionales (PubMed, Web of Knowledge, CINAHL, PsYINFO y Scopus) y nacionales e iberoamericanas (CUIDEN, EnFisPo, Scielo España, Hemeroteca Cantártida, Ibecs y Lillacs). Se aplicó la estrategia de búsqueda ilustrada en la tabla 22. Los términos dentro de cada set se combinaron con el operador booleano OR y a su vez cada set en conjunto fue combinado con el operador booleano AND. Los términos se aplicaron en inglés o castellano según la base de datos.

Tabla 22. Estrategia de búsqueda

Set 1	Set 2	Set 3	Set 4
Mental Health Psychiatry Psychogeriatry Geropsychiatry Geriatry	Health Problem Need Care/caring Phenomenon Outcome Human response Clinical judgment	Nursing	Thought/thinking Cognitive Reasoning Judgment Problem solving Decision making Environmental interpretation
Salud Mental Psiquiatría Psicogeriatría Geriatría	Problema de salud Necesidad Cuidado Fenómeno Resultado Respuesta humana Juicio clínico	Enfermería	Pensamiento Cognitivo Razonamiento Juicio Resolución de problemas Toma de decisiones Interpretación ambiental

Los criterios de inclusión aplicados fueron:

- Fecha de publicación entre 2009 y 2014. De acuerdo a las indicaciones de la NANDA-I para la propuesta de nuevos diagnósticos de enfermería, sólo se incluyeron los artículos publicados en los cinco últimos años (Herdman, 2012)
- Artículos en inglés, castellano o portugués
- Estudios centrados en la atención de enfermería a pacientes psiquiátricos, geriátricos o psicogeriátricos
- Estudios que apliquen o incluyan conceptos que representen fenómenos de salud o respuestas humanas relacionadas con la función cognitiva y el pensamiento atendidos por enfermería

Tras la búsqueda, se localizaron 270 referencias. Tras examinar los títulos y resúmenes, inicialmente fueron seleccionadas 99. Tras una revisión más exhaustiva, finalmente se escogieron 39. En base al número reducido de referencias relevantes obtenidas con la estrategia de búsqueda diseñada, se realizó una búsqueda complementaria. En la nueva búsqueda se incluyeron las palabras clave identificadas en los artículos ya seleccionados (ver tabla 23). Con esta nueva búsqueda no se obtuvo ninguna referencia relevante adicional.

Tabla 23. Estrategia de búsqueda modificada

Set 1	Set 2	Set 3
Gerontological nursing Psychiatric nursing Mental health nursing	Health problem Care needs Phenomenon/phenomena Human response Clinical judgment Assessment	Thought/thinking Executive function Cognitive function Reasoning Judgment Insight Problem solving Decision making

La información recopilada sobre los conceptos que ilustran respuestas humanas relacionadas con la función cognitiva y el pensamiento atendidos por enfermería ha sido sintetizada y organizada en las siguientes categorías:

- La cognición en los marcos de valoración y taxonomías en enfermería
- Valoración de enfermería del estado mental y la función cognitiva
- Respuestas humanas y fenómenos de salud relacionados con la cognición y el pensamiento reflejados en la literatura de enfermería
- Pensamiento y cognición en los diagnósticos de enfermería
- Los conceptos cognición y pensamiento en los marcos de teóricos en enfermería
- Los conceptos cognición y pensamiento en las Taxonomías NOC y NIC
- Otros diagnósticos de enfermería relacionados con el diagnóstico TPP

Seguidamente, se describirán cada una de las categorías.

## 2. La cognición en los marcos de valoración y taxonomías en enfermería

En Enfermería, al llevar a cabo la valoración global de un paciente, se pueden utilizar distintos marcos para recoger y organizar de forma sistemática toda la información relevante. Los Patrones Funcionales de Salud definidos por Marjory Gordon son uno de los marcos más ampliamente utilizados. Los Patrones Funcionales de Salud consisten en 11 patrones que se corresponden con áreas específicas de información sobre secuencias de comportamientos relativos a distintos aspectos de la salud y bienestar de la persona (Gordon, 1996). El patrón número 6 es el Patrón Cognitivo-Perceptual que se centra en la esfera sensorio-perceptual y cognitiva. Dentro de este patrón se valora la funcionalidad y las alteraciones en los órganos de los sentidos y las habilidades cognitivas, incluyendo el lenguaje, la comprensión, la memoria, el juicio y la toma de decisiones (Gordon, 1996). Además se valora la presencia de dolor y su

tratamiento (Gordon, 1996). Garrido Abejar (2000) sugiere que al valorar este patrón en el contexto de la atención psiquiátrica, la enfermera deberá analizar los procesos que la persona utiliza para percibir e interpretar la realidad, proponiendo los parámetros recogidos en la tabla 24 para la valoración del Patrón Cognitivo-Perceptual (Garrido Abejar, 2000).

**Tabla 24. Guía de valoración del Patrón Cognitivo-Perceptual**

<b>Estado de conciencia</b>	Alerta, letárgico, obnubilado o coma
<b>Percepción sensorial</b>	Funcionalidad de los órganos de los sentidos
<b>Capacidad para recordar</b>	
<b>Habilidades cognitivas</b>	Orientación temporal y espacial Capacidad de atención y concentración Capacidad para hablar y expresarse Capacidad para valorar una situación y tomar decisiones
<b>Estructuras cognitivas</b>	Lenguaje y estilo de atribución que utiliza para explicar fracasos y dificultades Pensamientos negativos y/o automáticos Tendencia a distorsiones cognitivas Creencias irracionales Ideas persistentes que no puede contrarlar: delirios Percepciones sin objeto: alucinaciones
<b>Estado emocional</b>	Características básicas: tristeza, temor, irritabilidad, euforia Cambios recientes

(Garrido Abejar, 2000, pp. 340-341)

La cognición es un dominio no sólo incluido en los marcos de valoración, sino también es recogido en diferentes taxonomías y sistemas de clasificación en enfermería. Como marco organizativo de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería se ha desarrollado la Taxonomía II (Herdman, 2012). Por otro lado, con el fin de armonizar y establecer una relación común entre las nomenclaturas NANDA-I, NOC y NIC se ha propuesto la Taxonomía NNN de la Práctica Enfermera (Dochterman & Jones, 2003). Ambas taxonomías incluyen una categoría para englobar todos aquellos diagnósticos de enfermería relacionados con la cognición y el pensamiento. En la tabla 25 se presenta la clase 4 Cognición que pertenece al dominio 5 Percepción/Cognición dentro de la Taxonomía II de la NANDA-I. En la tabla 26 se presenta la clase Neurocognición incluida en el Dominio II Fisiológico de la Taxonomía NNN.

Tabla 25. Categorías relacionadas con la cognición en la Taxonomía II NANDA-I

**DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN**

Sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

**Clase 4 Cognición**

Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.

**Diagnósticos de enfermería incluidos en esta Clase:**

- 00128 Confusión aguda
- 00129 Confusión crónica
- 00173 Riesgo de confusión aguda
- 00126 Conocimientos deficientes
- 00161 Disposición para mejorar los conocimientos
- 00222 Control de impulsos ineficaz
- 00131 Deterioro de la memoria

*(Herdman, 2012)*

Tabla 26. Categorías relacionadas con la cognición en la Taxonomía NNN de la Práctica Enfermera

**DOMINIO II: FISIOLÓGICO**

Incluye diagnósticos, resultados e intervenciones para promover una óptima salud biofísica

**Clase Neurocognición:**

Mecanismos relacionados con el sistema nervioso y el funcionamiento neurocognitivo, incluyendo la memoria, pensamiento y juicio.

**Diagnósticos de enfermería incluidos en esta clase:**

- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal
- Confusión aguda
- Confusión crónica
- Riesgo de confusión aguda
- Control de impulsos ineficaz
- Desatención unilateral
- Disreflexia autónoma
- Riesgo de disreflexia autónoma
- Deterioro de la memoria
- Planificación ineficaz de la actividad
- Riesgo de planificación ineficaz de las actividades
- Síndrome de deterioro de interpretación del entorno

*(Dochterman & Jones, 2003)*

### 3. Valoración de enfermería del estado mental y la función cognitiva

Coombs y colegas (2011) realizaron una revisión bibliográfica sobre la evidencia existente de cómo las enfermeras en salud mental llevan a cabo la valoración global de sus pacientes en la práctica clínica. Estos autores buscaban identificar tanto el contenido de la valoración como los métodos de recogida de información. Estos autores no pudieron identificar ningún estudio empírico que, a través de la observación de la práctica de los profesionales de enfermería, examinara qué información es recolectada como parte de la valoración global de enfermería en salud mental ni cómo esta información es recogida (Coombs et al., 2011).

Según explican algunos manuales, en la valoración del estado mental de una persona se recomienda considerar diferentes parámetros: aspecto general, comportamiento, estado emocional (humor y afecto), lenguaje y conversación, control de impulsos, percepción, sensorio-cognición (nivel de conciencia, orientación, memoria, concentración, función intelectual), pensamiento (contenido y curso) y juicio, razonamiento y discernimiento (*insight*) (Carniaux Moran, 2001; Fornés Vives, 2008; Morrison, 1999).

Los parámetros específicos para valorar el pensamiento como proceso cognitivo complejo corresponderían al contenido y curso del pensamiento y el juicio, razonamiento y discernimiento. La valoración del contenido del pensamiento hace referencia al “qué” piensa la persona y en la valoración del curso o proceso de pensamiento se analiza la manera en que la persona piensa, es decir, la forma en que conecta y organiza la información (Carniaux Moran, 2001; Fornés Vives, 2008). Al valorar el juicio y razonamiento de la persona se observa su capacidad para identificar las diferentes posibilidades de acción y para elegir la más adecuada, considerando sus consecuencias (Carniaux Moran, 2001; Fornés Vives, 2008; Morrison, 1999). El discernimiento o *insight* hace referencia al grado de comprensión que el paciente tiene de su propia situación, de la conciencia que tiene sobre su enfermedad (Carniaux Moran, 2001; Fornés Vives, 2008; Morrison, 1999).

Foreman y colegas (2003) enfatizan la importancia de la valoración de la función cognitiva por parte de enfermería. La valoración del estado cognitivo de los pacientes puede permitir al profesional de enfermería identificar alteraciones o situaciones patológicas presentes en el paciente, pudiendo aportar así información que ayude a precisar el diagnóstico médico. Además, la valoración de la función cognitiva ayudará al profesional de enfermería a comprender mejor la situación del paciente, determinar su capacidad para aprender y entender las indicaciones, individualizar y adaptar las intervenciones y resultados del plan de cuidados y ofrecer una información más precisa a los familiares (Foreman et al., 2003; Persoon, Van der Crujisen, Schlattmann, Simmes, & Van Achterberg, 2011). Vance (2012; 2011) sugiere que los profesionales de enfermería, principalmente en ámbitos de atención geriátrica o neurológica, están en una posición privilegiada no sólo para identificar alteraciones en la función cognitiva de sus pacientes, sino además para intervenir al respecto y desarrollar estrategias de cuidado que ayuden a los pacientes con alteraciones cognitivas. A pesar de su importancia, la evidencia sugiere que a menudo los profesionales de enfermería no identifican de forma adecuada los problemas cognitivos en sus pacientes ni aplican unos criterios uniformes para la valoración cognitiva (Coombs, Crookes, & Curtis, 2013; Persoon, Banningh,

van de Vrie, Olde Rikkert, & van Achterberg, 2009; Persoon, Van der Crujisen, et al., 2011; Teodorczuk, Welfare, Corbett, & Mukaetova-Ladinska, 2010).

Para explorar este fenómeno, Persoon y colegas (2009) encuestaron a 97 enfermeras de unidades de geriatría en Holanda. Los resultados de la encuesta mostraron que los motivos para realizar la valoración cognitiva eran fundamentalmente cuatro: guiar las intervenciones de enfermería (seleccionar intervenciones de tipo conductual, informar a la familia), planificar el alta del paciente (determinar el tipo de recurso asistencial y los cuidados de enfermería que serán necesarios al alta), contribuir al diagnóstico médico (señalar el diagnóstico y tratamiento del paciente) y valorar el estado funcional del paciente (valorar el grado de independencia y necesidad de asistencia en los autocuidados, evaluar discernimiento (*insight*) y capacidad de toma de decisiones). En la encuesta también se les preguntó sobre los dominios de la función cognitiva que valoraban, poniéndoles como ejemplo de posibles dominios la memoria y orientación. Otros dominios nombrados por las enfermeras fueron: conducta psicomotora (nombrado por un 62%), función ejecutiva (nombrado por un 48%), lenguaje (nombrado por un 48%), atención (33%), percepción (31%), pensamiento y razonamiento (25%). Dentro de cada dominio, los encuestados nombraron diferentes aspectos que se valoraban. En la tabla 27 se describen los aspectos nombrados para los dominios pensamiento y función ejecutiva (Persoon et al., 2009).

**Tabla 27. Elementos de los dominios Función Ejecutiva y Pensamiento en el trabajo de Persoon et al., 2009**

Función ejecutiva ( <i>Executive function</i> )	Pensamiento y razonamiento ( <i>Thinking and reasoning</i> )
Discernimiento y juicio para los problemas ( <i>insight into problems</i> ) Enfermedad y funcionamiento diario ( <i>illness and daily functioning</i> ) Juicio ( <i>judgement</i> ) Organización, estructuración y planificación en general ( <i>organizing structuring and planning in general</i> ) Iniciativa y repetición ( <i>initiative and repetition</i> )	Razonamiento ( <i>reasoning</i> ) Pensamiento lógico y abstracto ( <i>logical and abstract thinking</i> ) Pensamiento coherente ( <i>coherent thinking</i> ) Solución de problemas ( <i>problem solving</i> ) Inteligencia ( <i>intellect</i> ) Delirios y paranoia ( <i>delusions and paranoia</i> ) Obsesiones ( <i>obsessions</i> )

(Persoon et al., 2009)

Las conclusiones arrojadas por el estudio apuntan a que la concepción de función cognitiva que tienen los profesionales de enfermería es imprecisa e incompleta. Muchos de los participantes nombraron sólo 2 de los siete dominios de la función cognitiva contemplados por los autores. Además, la mayoría de los encuestados (89%) contestaron que les gustaría utilizar

una forma de valoración estandarizada para la observación rutinaria del estado cognitivo de sus pacientes (Persoon et al., 2009). Un trabajo posterior también liderado por Persoon (2011) en el que se entrevistó a 10 enfermeras holandesas especialistas en geriatría, apoyó los resultados de la encuesta realizada. Este estudio puso de manifiesto la falta de unanimidad existente en cuanto al constructo/noción de función cognitiva y sus dominios, los métodos y tiempo dedicado a la observación y el registro realizado al respecto (Persoon, Van der Crujisen, et al., 2011). Ambos estudios evidencian la necesidad de instrumentos estandarizados para la función cognitiva para su uso rutinario por las enfermeras.

En esta línea, entre los estudios en enfermería recientes que aplican los conceptos de cognición y pensamiento, se ha localizado un guion de valoración de enfermería que incluye apartados que valoran casi todos los dominios de la función cognitiva (Baumbusch & Shaw, 2011). En el contexto de un programa para implantar la figura de la enfermera especialista en geriatría en urgencias en Canadá, se desarrolló una plantilla de valoración inicial para ser aplicada por estos profesionales. Esta plantilla recoge información sobre el estado social, funcional y cognitivo del paciente (Baumbusch & Shaw, 2011). En la tabla 28, se presentan los parámetros a valorar dentro del apartado de Cognición de la plantilla.

**Tabla 28. Apartado cognición en el guión para la valoración Baumbusch et al. (2011)**

Dominio de valoración	Estado
Nivel de conciencia	Alerta, hipervigilante, letárgico, aturdido, comatoso
Memoria a corto plazo	Intacta; alterada
Memoria a largo plazo	Intacta; alterada
Juicio e discernimiento ( <i>insight</i> )	Intacto; alterado
Concentración/atención	Intacta; alterada
Contenido del pensamiento	Intacto; alterado
Otros (ej. Alucinaciones, orientación)	Especificar...

(Baumbusch & Shaw, 2011)

#### 4. Respuestas humanas y fenómenos de salud relacionados con la cognición y el pensamiento reflejados en la literatura de enfermería

Un equipo de investigadores liderado por Frauenfelder (2011) realizó una extensa revisión bibliográfica con el objetivo de identificar los fenómenos abordados por enfermería nombrados en artículos científicos sobre el cuidado de enfermería a pacientes psiquiátricos institucionalizados. Estos autores compararon estos fenómenos con las etiquetas y definiciones de los diagnósticos de enfermería NANDA-I para evaluar si dicha clasificación incluía todos los fenómenos identificados. Con relación al pensamiento identificaron el fenómeno “patrones de pensamiento alterados” (*disturbed thinking patterns*) que según



explicaban hacía referencia a la dificultad en expresar una opinión o pensamiento completo, o la evidencia de pensamiento desordenado, pensamiento excesivo o procesos de pensamiento desorganizados (Frauenfelder et al., 2011).

Petrucci y colegas (2014) realizaron un estudio en tres unidades psiquiátricas en Italia para evaluar la complejidad del cuidado de enfermería y su relación con los eventos adversos (como agresiones u otros). El grado de complejidad del cuidado de enfermería fue evaluado a través de la cumplimentación de un formulario de valoración. Dicho formulario estaba formado por 88 ítems que plasmaban todas las posibles situaciones o necesidades del paciente que requirieran intervención de enfermería. Los ítems incluidos fueron propuestos por los profesionales de la unidad en base a su práctica diaria y revisados por un panel de expertos. La plantilla estaba organizada según los 11 patrones de M. Gordon (Petrucci et al., 2014). La tabla 29 describe aquellos ítems dentro del Patrón Percepción-Mantenimiento de la Salud relacionados con el pensamiento, y los ítems recogidos en el Patrón Cognitivo-Perceptivo.

**Tabla 29. Ítems r/c cognición de la plantilla de valoración de Petrucci y col 2014**

<b>Patrón Percepción Mantenimiento de la Salud</b>	El cliente tiene una salud pobre debido a los síntomas psicóticos y al pensamiento desorganizado ( <i>Client has a poor health due to psychotic symptoms and disorganized thoughts</i> ) El cliente tiene pensamientos desorganizados ( <i>Client has disorganized thoughts</i> )
<b>Patrón Cognitivo Perceptual</b>	El cliente tiene alucinaciones/delirios ( <i>Client has hallucinations/delirium</i> ) El cliente está confuso ( <i>Client is confused</i> ) El cliente tiene dificultad para concentrarse ( <i>Client has difficulty with concentration</i> ) El cliente tiene pobre control de impulsos ( <i>Client has poor impulse control</i> ) El cliente tiene frágil toma de decisiones ( <i>Client has weak decision-making</i> ) El cliente tiene alteraciones en la percepción ( <i>Client has distorted perceptions</i> ) El cliente tiene rumiación mental ( <i>Client has mental rumination</i> ) El cliente tiene pensamiento empobrecido ( <i>Client has thought impoverishment</i> ) El cliente tiene la autoestima alterada ( <i>Client has altered self-esteem</i> ) El cliente tiene egocentrismo ( <i>Client has egocentrism</i> ) El cliente tiene angustia ( <i>Client has anguish</i> ) El cliente tiene amnesia ( <i>Client has amnesia</i> )

(Petrucci et al. 2014)

Con el fin de ofrecer una solución a la carencia de instrumentos disponibles para la valoración de la función cognitiva por parte de los profesionales de enfermería, Persoon y colegas (2011; 2012) desarrollaron la “*Nurses’ Observation Scale for Cognitive Abilites*” (NOSCA). El objetivo de la escala era valorar las habilidades cognitivas de los pacientes ancianos de forma integral, recogiendo la mayor parte de los dominios de la función cognitiva. Para determinar los dominios cognitivos a incluir en la escala, los autores se basaron en los dominios y subdominios recogidos en el Capítulo 1 Funciones Mentales de la *International Classification of Functioning* (ICF) (World Health Organization, 2014). Para la selección de los dominios que debían estar plasmados en la escala, llevaron a cabo un estudio Delphi de 4 rondas con un panel de expertos multidisciplinar. El panel estuvo formado por enfermeras especialistas en geriatría, geriatras, neuropsicólogos y terapeutas ocupacionales. Los ocho dominios incluidos fueron: Atención, Percepción, Memoria, Orientación, Funciones Cognitivas Superiores, Pensamientos, Lenguaje y Praxis. Los dominios seleccionados para su inclusión final en la escala de acuerdo a las opiniones de los expertos de los dominios Pensamientos (*Thoughts*) y Funciones Cognitivas Superiores (*Higher Cognitive Functions*) están presentados en la tabla 30.

**Tabla 30. Dominios de ICF incluidos en la NOSCA**

Dominio	Subdominio	Inclusión en la escala
<b>Pensamientos</b>	Ritmo del pensamiento	SI
	Forma del pensamiento	SI
	Control del pensamiento	NO
	Contenido del pensamiento	SI
<b>Funciones cognitivas superiores</b>	Flexibilidad cognitiva	NO
	Organización y planificación	SI
	Discernimiento ( <i>Insight</i> )	SI
	Juicio	NO
	Auto-regulación	SI

(Persoon, Banningh, et al., 2011)

En base a los dominios seleccionados, se elaboraron los ítems incluidos en la escala. Los ítems incluidos en los dominios de Pensamientos (*Thoughts*) y Funciones Cognitivas Superiores (*Higher Cognitive Functions*) están presentados en la tabla 31.

Tabla 31. Ítems de la NOSCA r/c pensamiento y cognición

**Dominio: Pensamientos (*Thoughts*)**

El paciente... (*The patient...*)

... responde muy lentamente a una pregunta o instrucción (*... responds very slowly to a question and/or instruction*)

... da respuestas que son relevantes a la pregunta (*...gives answers that are relevant to the question*)

... cambia de un tema a otro (*...switches from one subject to another*)

... tiene pensamientos irreales (*...has unrealistic thoughts*)

... se muestra desconfiado de los demás (*... is distrustful of others*)

**Dominio: Funciones Cognitivas Superiores (*Higher Cognitive Functions*)**

El paciente... (*The patient...*)

... puede monitorizar/planificar cuando comenzar una actividad (*...can oversee where to start an activity*)

... trabaja de forma eficiente y sistemática (*...Works efficiently and systematically*)

... hace preguntas sobre su enfermedad (*...asks questions about his/her illness*)

... dice que él/ella es capaz de hacer algo aunque está claro que no puede (*... says that he/she is able to do something although it is clear that they cannot*)

... dice que no le sucede nada malo cuando claramente sí le sucede (*...says that there is nothing wrong with him/her although it clearly is*)

... desempeña/comienza actividades con iniciativa propia (*...undertakea activiites on his/her own initiative*)

... realiza una acción de forma repetitiva cuando no es necesario (*...keeps on repeating an action that is not necessary*)

(*Persoon, Banningh, et al., 2011*)

Otra escala basada en la ICF es la desarrollada por Johansson et al. (2013) para la valoración del estado funcional en pacientes psiquiátricos por enfermería. Esta escala está basada en el componente de “Actividad y participación” (*Activity and participation*) de la ICF, tiene 32 ítems y recoge el dominio “Aprendiendo y aplicando conocimiento” (*Learning and applying knowledge*). Sin embargo, en este artículo no se muestran los ítems de la escala.

Oliveira y Laus (2011) y Mukai, Jericó y Perroca (2013) aplicaron un instrumento de valoración desarrollado en Brasil, con el objetivo de cuantificar nivel de dependencia a los cuidados de enfermería para pacientes psiquiátricos. Este instrumento para la clasificación del nivel de dependencia en enfermería psiquiátrica (Martins, Arantes, & Forcella, 2008; Martins & Forcella, 2006) incluye 11 indicadores de cuidados que son valorados con una puntuación de 3 puntos (leve, intermedio, completo). La puntuación total obtenida permite clasificar a los pacientes en tres categorías según el nivel de dependencia: nivel de dependencia leve, intermedio y total. Entre estos 11 indicadores de dependencia se incluía el ítem: Expresión y Pensamiento (*Expression and Thinking*). Dicho ítem valora el juicio, la respuesta a órdenes, el discurso (contenido y todo de voz), la presencia de ideas delirantes y alucinaciones (Martins et

al., 2008). El resto de ítems recogidos son: cuidado de apariencia e higiene, humor, actividades, interacción social, comida e hidratación, sueño, medicación, eliminación, signos vitales, quejas y problemas somáticos. El instrumento demostró ser fiable, con buenas puntuaciones de concordancia y validez de constructo (Martins et al., 2008). Este instrumento sugiere que el pensamiento y la expresión del paciente es un indicador relevante a la hora de valorar las necesidades de cuidado de los pacientes con trastornos mentales (Martins et al., 2008). Mukai y colaboradores (2013) evidenciaron que el ítem Expresión y Pensamiento junto con el ítem Interacción Social representaban las áreas de cuidado más importantes a la hora de identificar cambios en el nivel de dependencia de los pacientes.

Por otro lado, el riesgo de dificultad en la toma de decisiones fue incluido entre los riesgos potenciales de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia identificados por un panel de expertos en base la revisión sistemática de estudios empíricos (Roldán Merino, 2011). Este trabajo se realizó como parte de un estudio para el desarrollo y estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) para pacientes con esquizofrenia basada en la Teoría de General del Déficit de Autocuidado de Orem (Roldán Merino, 2011; Roldán Merino et al., 2014).

## 5. Pensamiento y cognición en los diagnósticos de enfermería

Campbell (1994) desarrolló una clasificación de diagnósticos de enfermería alternativa a la sugerida por la NANDA-I. Dentro de lo que esta autora designa como diagnósticos de enfermería duales propone la categoría diagnósticos de enfermería de inadaptación psicosocial. Los diagnósticos de enfermería duales están relacionados con aquellas necesidades del paciente que pueden ser atendidos de forma independiente por la enfermera o en colaboración por otros profesionales según contexto y situación paciente. La categoría de diagnósticos de enfermería de inadaptación psicosocial recoge *“el área de conocimientos y habilidades de la enfermería relacionados con el comportamiento emocional, mental y social inadapto durante la enfermedad, fases del desarrollo y las crisis vitales. Tales respuestas incluyen las consideradas anormales y aquellas que se consideran perjudiciales para el desarrollo personal y el funcionamiento efectivo”* (Campbell, 1994, p. 1281). En esta categoría se recogen los diagnósticos de enfermería relacionados con el pensamiento que están presentados en la tabla 32.

**Tabla 32. Categorías relacionadas con el pensamiento dentro de la clasificación desarrollada por Campbell**

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE INADAPTACIÓN PSICOSOCIAL</b>
Repuestas alteradas en el proceso del pensamiento
<b>Confusión</b> <i>Claridad mental disminuida.</i>
<b>Desorientación</b> <i>Incapacidad para reconocer el momento, el lugar o las personas.</i>
<b>Impulsividad</b> <i>Impulso súbito a la acción sin pensar previamente lo que va a hacerse.</i>
<b>Proceso de pensamiento ilógico</b> <i>Pensamiento oscuro, irrazpnable o defectuoso.</i>
<b>Trastorno por falta de atención</b> <i>Dificultad persistente para mantener la atención en temas o tareas.</i>
Repuestas alteradas en el contenido del pensamiento
<b>Pensamiento delirante</b> <i>Mantener creencias falsas a pesar de la evidencia de que la creencia no es cierta.</i>
<b>Pérdida de memoria</b> <i>Disminución de la capacidad para recordar acontecimientos o información reciente.</i>
Repuestas alteradas en la percepción
<b>Alucinaciones</b> <i>Percepción de fenómenos sensoriales sin estímulos externos apropiados.</i>
<b>Pensamiento ilusivo</b> <i>Percepción incorrecta de los objetos existentes en el medio ambiente.</i>

(Campbell, 1994)

En la conferencia de 1995, el grupo de trabajo compuesto por Bondy y colegas (Bondy et al., 1995) concluyó que el diagnóstico enfermero VR-TPP hacía referencia a un fenómeno general y abstracto, por lo que podía ser articulado en cuatro subcategorías: pensamiento distorsionado (*distorted thought*), disfunción cognitiva (*cognitive impairment*), nivel de conciencia alterado (*altered level of consciousness*) y confusión aguda (*acute confusión*). En la tabla 33, se recogen los conceptos propuestos por el grupo de trabajo para la expansión del diagnóstico. En las tablas 34 y 35 se presentan los diagnósticos Pensamiento Distorsionado (*Distorted Thought*) y Disfunción Cognitiva: Déficit en la Resolución de Problemas/Razonamiento (*Cognitive Impairment: Problem Solving Deficit/Reasoning*) propuestos por este grupo de trabajo.

**Tabla 33. Subcategorías del diagnóstico VR-TPP propuestas por Bondy et al., 1995**

<b>PENSAMIENTO DISTORSIONADO</b>	<b>DISFUNCIÓN COGNITIVA</b>	<b>NIVEL DE CONCIENCIA ALTERADO</b>	<b>CONFUSIÓN CRÓNICA</b>
Alteración del contenido de pensamiento	Atención	Conciencia alterada	Pendiente de desarrollo de nuevos diagnósticos
Alteración de la forma de pensamiento	Memoria	Coma	
Inserción en el pensamiento	Aprendizaje	Estado vegetativo permanente	
	Recepción sensorial		
	Percepción		
	Lenguaje		
	Resolución de problemas		

(Bondy et al. 1995)

Tabla 34. Diagnóstico de enfermería propuesto por Bondy et al., 1995

<b>Etiqueta diagnóstica</b>	<b>Pensamiento Distorsionado (<i>Distorted Thought</i>)</b>
<b>Definición:</b>	Estado en el que un individuo tiene creencias personales o experiencias fijadas que son inconsistentes con la realidad.
<b>Características definitorias:</b>	Ilusiones ( <i>Delusions</i> ) Halucinaciones ( <i>Hallucinations</i> ) Ideas de referencia ( <i>Ideas of references</i> ) Pensamiento mágico ( <i>Magical thinking</i> ) Obsesión ( <i>Obsession</i> ) Inserción de pensamiento ( <i>Thought insertion</i> ) Memoria distorsionada ( <i>Distorted memory</i> ) Egocentrismo ( <i>Egocentricity</i> ) Pérdida de asociación ( <i>Loosening of association</i> ) Difusión de pensamiento ( <i>Thought broadcasting</i> )

(Bondy et al. 1995)

Tabla 35. Diagnóstico de enfermería propuesto por Bondy et al., 1995

<b>Etiqueta diagnóstica</b>	<b>Disfunción Cognitiva: Déficit en la Resolución de Problemas/Razonamiento (<i>Cognitive Impairment: Problem Solving Deficit/Reasoning</i>)</b>
<b>Definición:</b>	Disfunción de una o más fases de la capacidad de resolución de problemas.
<b>Características definitorias:</b>	Problema al comenzar actividades como las rutinas de higiene personal Problemas en situaciones donde el pensamiento independiente y la toma de decisiones creativa son necesarias Problemas con la planificación Conciencia disminuida de los déficits en los resultados como forma de la capacidad de juicio alterada Déficits sugeridos por las puntuaciones obtenidas en test neuropsicológicos estandarizados

(Bondy et al. 1995)

Con relación a la resolución de problemas, Bondy y colegas (1995) explican que es una actividad cognitiva en la que la persona persigue conseguir un objetivo. Las fases que generalmente incluyen los modelos de resolución de problemas son identificación, iniciación, planificación y preparación, ejecución, y evaluación del resultado. La resolución de problemas es uno de los procesos cognitivos superiores que es parte de la función ejecutiva de los lóbulos frontales. El razonamiento puede ser considerado como una forma de resolución de problemas más compleja en respuesta a una situación complicada, no planeada o novedosa (Bondy et al., 1995).

En la década de los 80 dentro del seno de la American Nurses' Association (ANA) se creó un grupo de trabajo para desarrollar un sistema de clasificación de respuestas humanas de interés para la práctica de enfermería en psiquiatría y salud mental (O'Toole & Loomis, 1990). Este grupo de trabajo llevó a cabo una extensa recopilación de información basada en la opinión de enfermeras expertas con amplia experiencia clínica, artículos científicos, libros de texto, literatura gris, registros de enfermería y planes de cuidados. Además, contaron con la colaboración de la NANDA-I para asegurar la coherencia entre el listado de respuestas humanas de interés para la práctica de enfermería en psiquiatría y salud mental y los diagnósticos de enfermería incluidos en la clasificación de la NANDA-I hasta esa fecha. Así, algunas de las respuestas humanas identificadas coincidían con diagnósticos de enfermería existentes, y el plan del grupo de trabajo era presentar para su revisión por la NANDA-I aquellas respuestas humanas que no figuraban aún como diagnósticos de enfermería (O'Toole & Loomis, 1990). En la tabla 36 se ilustran aquellas respuestas humanas de interés para la práctica de enfermería en psiquiatría y salud mental relacionados con alteraciones en el pensamiento. En la clasificación las repuestas humanas de la tabla figuraban dentro de la categoría patrones de respuesta humana en los procesos cognitivos, junto con respuestas humanas relativas al conocimiento, el aprendizaje y la memoria (O'Toole & Loomis, 1989).

**Tabla 36. Fenómenos competencia de la enfermería en psiquiatría y salud mental relacionados con alteraciones en el pensamiento**

<p><b>Toma de decisiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toma de decisiones alterada</li> <li>▪ Conflicto de decisiones</li> </ul>
<p><b>Juicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Juicio alterado</li> </ul>
<p><b>Procesos de pensamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procesos de pensamiento alterados: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pensamiento abstracto alterado</li> <li>○ Concentración alterada</li> <li>○ Resolución de problemas alterada</li> <li>○ Confusión/desorientación</li> <li>○ Delirio</li> <li>○ Ilusiones</li> <li>○ Ideas de referencia</li> <li>○ Pensamiento mágico</li> <li>○ Obsesiones</li> <li>○ Susplicacia</li> <li>○ Inserción de pensamiento</li> </ul> </li> </ul>

(Otoole y Lumis, 1989)

## 6. Los conceptos cognición y pensamiento en los marcos teóricos en enfermería

Diferentes marcos teóricos en enfermería integran conceptos relacionados con la cognición y el pensamiento. El Ego Competency Model se centra en el rol y las funciones de los profesionales de enfermería en psiquiatría (Kerr, 1990). Este marco teórico está basado en las formulaciones teóricas sobre el desarrollo psicológico propuestas por diferentes autores (Kerr, 1990). El Ego Competency Model enuncia nueve Funciones del Ego que a consecuencia de la enfermedad mental pueden estar alteradas. Se postula que la mayoría de las necesidades de cuidado de los pacientes psiquiátricos relevantes para enfermería pueden ser conceptualizadas como un reflejo de déficits presentes en las diferentes funciones del yo. A su vez, estos déficits se manifiestan a través de distintos problemas conductuales (Kerr, 1990). En la tabla 37 se describen las nueve Funciones del Ego y los problemas conductuales asociados a los déficits en las funciones.

**Tabla 37. Funciones del Ego en el Ego Competency Model (Kerr, 1990)**

Funciones del Ego	Problemas conductuales
1. Control de impulsos ( <i>Impulse control</i> ) Eficacia con que los impulsos son controlados de forma adaptativa	Impulsividad
2. Humor ( <i>Mood</i> ) Habilidad para mantener un abanico apropiado de respuestas emotivas que varían conforme a los eventos externos	Depresión Conducta hipomaniaca
3. Juicio ( <i>Judgment</i> ) Habilidad para anticipar las consecuencias del propio comportamiento	Conductas de riesgo
4. Noción de la realidad ( <i>Reality testing</i> ) Adecuación de la percepción de eventos externos	Alucinaciones y delirios Pensamiento paranoide
5. Auto-percepción ( <i>Self-perception</i> ) Habilidad para regular de forma apropiada los sentimientos de autoestima	
6. Propósito de las relaciones ( <i>Object relations</i> ) Grado y calidad de relación con los demás	Desapego, aislamiento
7. Procesos de pensamiento ( <i>Thought processes</i> ) Modo característico del pensamiento y la expresión lingüística	Carencia de habilidades en la solución de problemas
8. Actividades de la vida diaria ( <i>Activities of daily living</i> ) Habilidad para utilizar las fuerzas del ego (del yo) existentes para conseguir el auto-mantenimiento/conservación	Déficits en la higiene y arreglo personal
9. Barrera a estímulos ( <i>Stimulus barrier</i> ) Grado en que los estímulos sensoriales son monitorizados de forma adaptativa	Agitación, sobrecarga sensorial



Kerr (1990) propone estructurar los diferentes elementos del PAE en base a los déficits de las funciones del Ego. Así, plantea la valoración, la identificación de los diagnósticos de enfermería, el establecimiento de objetivos, las intervenciones de enfermería y la evaluación. En la fase aguda de la enfermedad mental, las intervenciones de enfermería irán dirigidas a compensar los déficits en las funciones que el paciente no pueda asumir por sí sólo. Conforme mejore a nivel psicopatológico, las intervenciones irán dirigidas a ayudar al paciente a integrar e interiorizar dichas funciones y corregir o manejar los déficits existentes para que sea capaz de funcionar de forma autónoma (Kerr, 1990).

La teoría desarrollada por Dorothea Orem también integra conceptos relacionados con los dominios de la función cognitiva de razonamiento y la toma de decisiones (Orem, Renpenning, & Taylor, 2003). Esta teoría se centra en el autocuidado y mantiene que el individuo requiere una serie de habilidades y conocimiento para poder realizar las actividades de autocuidado de forma independiente. Los conceptos de razonamiento, toma de decisiones y capacidades cognitivas están incluidos en los componentes de las facultades de la agencia de autocuidado. Estos componentes son los requisitos que hacen que un individuo sea capaz de cuidar de sí mismo.

De esta forma, varias escalas para la medición de la agencia de autocuidado basadas en la Teoría de Orem incluyen una dimensión relacionada con la capacidad de la toma de decisiones. Estas escalas son: Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI) (Denes, 1988), Perception of Self-Care Agency Questionnaire (PSCA) (Hanson y Bickel, 1985 in McBride, 1991), Self-As-Carer Inventory (SCI) (Geden & Taylor, 1991), Mental Health-Related Self-Care Agency Scale (MH-SCA) (West & Isenberg, 1997). La Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) *“mide el grado de cumplimiento de los cuidados de salud y la capacidad del individuo de llevar una vida autónoma”* (Róldan Merino, 2011; p.85). Esta escala está dirigida a pacientes con esquizofrenia y está compuesta por 35 ítems divididos en 6 dimensiones. Entre ellos, incluye uno relacionado con la dificultad para la toma de decisiones en la vida cotidiana enmarcado dentro de la dimensión del Requisito de Autocuidado: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales (p.236).

De especial mención el trabajo conceptual realizado por West e Isenberg (1997) para el desarrollo de su escala, la Mental Health-Related Self-Care Agency Scale (MH-SCA). Estos autores proponen cinco esferas del estado funcional desde la perspectiva de salud mental: función afectiva (*affective functioning*), función cognitiva (*cognitive functioning*), función perceptual (*perceptual functioning*), patrones de actividad (*patterns of activity*) y procesos de

creación de valores (*valuation processes*) (West & Isenberg, 1997). Basado en el trabajo desarrollado por O'Toole y Loomis (1989), West e Isenberg proponen que la función cognitiva engloba los procesos de pensamiento y su contenido, implicados en las habilidades de orientación, resolución de problemas, memoria, juicio y toma de decisiones. Tras una revisión exhaustiva de la literatura, estos autores identificaron 7 indicadores la función cognitiva: abordaje sistemático para la resolución de problemas (*systematic approach to problem solving*), toma de decisiones autónoma (*autonomous decision making*), valoración de los sentimientos de los demás (*assesses the feelings of others*), mantenimiento de una memoria adecuada (*maintains an adequate memory*), realización de buenos juicios (*makes good judgments*), buena apreciación de la realidad (*good appraisal of reality*), atención y concentración adecuadas para completar tareas (*an adequate attention span and concentration to complete tasks*) (West & Isenberg, 1997).

## 7. Los conceptos cognición y pensamiento en las Taxonomías NOC Y NIC

Los resultados NOC que conceptualmente están relacionados con la cognición y pensamiento son: *autocontrol del pensamiento distorsionado* (1403), *cognición* (0900), *toma de decisiones* (0906), *elaboración de la información* (0907) y *pensamiento abstracto* (0919). Estos NOC se encuentran dentro de la Clase J-Neurocognición. En la tabla 38 se presentan dichos resultados NOC junto a sus definiciones e indicadores.

Tabla 38. Resultados NOC y sus indicadores r/c cognición y pensamiento

<p><b>1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado</b> Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento</p> <p>(140301) Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes. (140302) No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes. (140303) No responde a las alucinaciones o ideas delirantes. (140304) Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes. (140305) Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes. (140306) Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes. (140307) Solicita la ratificación de la realidad. (140308) Mantiene afecto compatible con su estado de ánimo. (140309) Interacciona con los demás de forma apropiada. (140310) Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente. (140311) Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico. (140312) Expone pensamiento basado en la realidad. (140313) Expone un contenido del pensamiento apropiado.</p>	<p><b>0900 Cognición</b> Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos.</p> <p>(90003) Atiende. (90004) Se concentra. (90005) Está orientado. (90006) Memoria inmediata. (90007) Memoria reciente. (90008) Memoria remota. (90009) Procesa la información. (90010) Compara las alternativas al tomar decisiones. (90011) Toma decisiones apropiadas. (90013) Comprende el significado de eventos y situaciones. (90014) Comunicación clara según la edad. (90015) Comunicación adecuada según la edad. (90016) Habilidades de cálculos complejos.</p>
<p><b>0906 Toma de decisiones</b> Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.</p> <p>(90601) Identifica información relevante. (90602) Identifica alternativas. (90603) Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa. (90604) Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa. (90605) Reconoce contradicción con los deseos de los demás. (90606) Reconoce el contexto social de la situación. (90607) Reconoce las implicaciones legales relevantes. (90608) Compara alternativas. (90609) Escoge entre varias alternativas. (90611) Identifica el tiempo necesario para apoyar cada alternativa. (90612) Identifica la secuencia necesaria para apoyar cada alternativa.</p>	<p><b>0907 Elaboración de la información</b> Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información.</p> <p>(90701) Identifica objetos comunes (90703) Verbaliza un mensaje coherente. (90704) Muestra procesos del pensamiento organizados. (90705) Muestra procesos del pensamiento lógicos. (90709) Comprende una frase. (90710) Comprende un párrafo. (90711) Comprende una historia. (90712) Explica la similitud entre dos elementos. (90713) Explica la disparidad entre dos elementos. (90714) Suma varios números. (90715) Resta varios números. (90716) Comprende símbolos universales</p>
<p><b>0919 Pensamiento abstracto</b> Capacidad para reconocer los múltiples significados y patrones de conceptos y generalizar a nuevos significados, ideas o contextos.</p> <p>(91901) Identificación de los distintos componentes de un concepto. (91902) Identificación de los múltiples significados de un concepto. (91903) Utilización del pensamiento concreto. (91904) Comparación de experiencias desconocidas con otras familiares. (91905) Utilización de los recuerdos para recuperar patrones de situaciones similares. (91906) Utilización de los recuerdos para ayudar a resolver problemas. (91907) Utilización de representaciones visuales para acelerar la comprensión de conceptos y relaciones. (91908) Identificación de conceptos que faltan en modelos abstractos. (91909) Integración en los juicios de las relaciones entre los conceptos anteriormente comprendidas. (91910) Utilización del pensamiento creativo. (91911) Resolución de problemas complejos. (91912) Aplicación de los conceptos a nuevos contextos. (91913) Descripción del proceso de pensamiento. (91914) Utilización de afirmaciones o conclusiones razonables a partir de inferencias.</p>	

(Moorhead et al., 2013)

Las intervenciones NIC que a nivel conceptual pueden estar relacionadas con la cognición y pensamiento son: *estimulación cognoscitiva* (4720) y *reestructuración cognitiva* (4700). Dichas etiquetas están recogidas en la clasificación dentro del Campo 3-Conductual y la Clase P-Terapia Cognitiva. En la Tabla 39 se ilustran ambas intervenciones NIC con sus definiciones y actividades.

**Tabla 39. Intervenciones NIC y sus actividades r/c cognición y pensamiento**

**4720 Estimulación cognoscitiva**

Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medios de la utilización de estímulos planificados.

- (472001) Consulta con la familia para establecer las guías cognoscitivas anteriores a la lesión del paciente.
- (472002) Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan trastornos.
- (472003) Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.
- (472004) Presentar los cambios de manera gradual.
- (472005) Proporcionar un calendario.
- (472006) Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.
- (472007) Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas.
- (472008) Hablar con el paciente.
- (472009) Disponer una estimulación sensorial planificada.
- (472010) Utilizar la televisión, radio o música como parte del programa de estímulos planificado.
- (472011) Disponer de períodos de descanso.
- (472012) Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.
- (472013) Utilizar la repetición en la presentación de materiales nuevos.
- (472014) Variar los métodos de presentación de materiales.
- (472015) Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias.
- (472016) Reforzar o repetir la información.
- (472017) Presentar la información en dosis pequeñas, concretas.
- (472018) Solicitar al paciente que repita la información.
- (472019) Utilizar el contacto de manera terapéutica.
- (472020) Disponer instrucciones orales y escritas.

**4700 Reestructuración cognitiva**

Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.

- (470001) Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las frases autoincluidas median en el despertar emocional.
- (470002) Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de frases irracionales autoincluidas.
- (470003) Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales.
- (470004) Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización).
- (470005) Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo.
- (470006) Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen al estado de estrés.
- (470007) Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.
- (470008) Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.
- (470009) Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.
- (470010) Realizar afirmaciones / preguntas que expresen dudas sobre la percepción/conducta del paciente, si procede.
- (470011) Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.
- (470012) Ayudar al paciente a identificar el sistema de creencias que afectan a su estado de salud.
- (470013) Utilizar el sistema de creencias habitual del paciente para ver la situación de manera distinta.

(Bulechek et al., 2013)

## 8. Otros diagnósticos de enfermería relacionados con el diagnóstico TPP

Dentro de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I, existen varios diagnósticos que están estrechamente relacionados con la etiqueta TPP al estar dentro del mismo dominio o incluso clase. En este apartado se describen dichos diagnósticos.

### 00122 Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cenestésica, gustativa, táctil, olfatoria)

*Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.*

DOMINIO 5: Percepción/Cognición CLASE 3: SENSACIÓN PERCEPCIÓN

#### Características definitorias

Cambio en el patrón de conducta	Alucinaciones
Cambio en las habilidades para la solución de problemas	Deterior de la comunicación
Cambio en la agudeza sensorial	Irritabilidad
Cambio en las repuestas usuales a los estímulos	Falta de concentración
Desorientación	Agitación
	Distorsiones sensoriales

#### Factores relacionados

Alteración de la integración sensorial	Desequilibrio electrolítico
Alteración de la recepción sensorial	Excesivos estímulos ambientales
Alteración de la transmisión sensorial	Estímulos ambientales insuficientes
Desequilibrio bioquímico	Estrés psicológico

(NANDA International, 2010)

El diagnóstico *trastorno de la percepción sensorial* (0122) ha sido retirado de la edición 2012-2014 de la taxonomía, debido a la falta de evidencia existente (Herdman, 2012). A menudo, se ha criticado que la diferenciación práctica entre este diagnóstico y VR-TPP resultaba complicada (Berry, 1987; Carpenito, 1985). Ambos diagnósticos presentan algunas características definitorias y posibles factores etiológicos comunes (Berry, 1987; Carpenito, 1985; Hancock et al., 1994). Esto puede dificultar la diferencia y selección entre ambos en el entorno clínico, y puede provocar que no resulten de ayuda para escoger resultados e intervenciones de enfermería de forma efectiva.

### 00127 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno

*Falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante más de 3-6 meses que requiere un entorno protector.*

DOMINIO 5: Percepción/Cognición CLASE 2: Orientación

#### Características definitorias

Desorientación constante.	Incapacidad para seguir instrucciones sencillas.
Estados confusionales crónicos.	Lentitud en la respuesta a las preguntas.
Incapacidad para concentrarse.	Pérdida de ocupación.
Incapacidad para razonar.	Pérdida del funcionamiento social.

#### Factores relacionados

Demencia.  
Depresión.  
Enfermedad de Huntington.

(Herdman, 2012)

La actual versión del diagnóstico *síndrome de deterioro en la interpretación del entorno* (00127) no es coherente con la nueva definición de la categoría de diagnósticos síndrome. Según la nueva definición, los diagnósticos síndrome deben incluir dos o más diagnósticos de enfermería como características definitorias. Por este motivo, se eliminará de la próxima edición, si no se revisa para adecuarlo a la nueva definición (Herdman, 2012).

#### 00129 Confusión crónica

*Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales, reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.*

DOMINIO 5: Percepción/Cognición CLASE 4: Cognición

#### Características definitorias

Alteración de la interpretación.	Deterioro de la memoria a corto plazo.
Alteración de la personalidad.	Deterioro de la memoria a largo plazo.
Alteración de la respuesta a los estímulos.	Deterioro de la socialización.
Deterioro cognitivo de larga duración.	Evidencia clínica de deterioro orgánico.
Deterioro cognitivo progresivo.	No hay cambios en el nivel de conciencia.

#### Factores relacionados

Accidente cerebro-vascular.	Psicosis de Korsakoff.
Demencia multiinfarto.	Traumatismo craneal.
Enfermedad de Alzheimer.	

(Herdman, 2012)

Ried y Dassen (2000) llevaron a cabo una comparación de los conceptos “confusión crónica”, “demencia” y “síndrome de deterioro de la interpretación del entorno” basada en una exhaustiva revisión bibliográfica. Concluyeron que los diagnósticos de enfermería *confusión crónica* (00129) y *síndrome de deterioro de la interpretación del entorno* (00127) se solapan conceptualmente y resulta difícil diferenciar entre ambos constructos. Estos autores critican el uso del núcleo diagnóstico “deterioro de la interpretación del entorno”, ya que comentan que en la literatura de enfermería se usa de forma más natural y frecuente el concepto “desorientación” para definir ese aspecto específico de la conducta cognitiva. Sobre el diagnóstico *confusión crónica* (00129) sugieren que es un término demasiado genérico que abarca multitud de alteraciones emocionales, sociales y psicomotoras. Sus características definitorias son demasiado amplias haciéndolo indistinguible de etiquetas diagnósticas relacionadas. Con relación a los factores relacionados de ambos diagnósticos apuntan a que la NANDA-I se centra exclusivamente en aspectos biomédicos, pero que en la literatura psicológica y sociológica se pueden encontrar perspectiva multifactoriales, que incluyen factores sociales, ecológicos y psicológicos para explicar el fenómeno de confusión. Concluyen que necesario seguir trabajando en la validación de las características definitorias y factores relacionados para conseguir delinear de forma clara los diagnósticos y que puedan servir para guiar la selección de resultados e intervenciones de enfermería de forma efectiva (Ried & Dassen, 2000).

La utilización de los diagnósticos *confusión crónica* (00129), *confusión aguda* (00128) y *síndrome de deterioro de la interpretación del entorno* (00127) ha sido desaconsejada por algunos autores porque son calificados como problemas de colaboración, ya que, según apuntan, tanto las características definitorias como los factores relacionados reflejan situaciones que no pueden ser abordadas de forma independiente por el profesional de enfermería, si no en colaboración con otros profesionales (Luis Rodrigo, 2013).

Por su definición, y características definitorias se desprende que el diagnóstico *confusión crónica* (00129) es aplicable cuando un paciente tiene alterada de forma global su función cognitiva. Cuando las alteraciones de la función cognitiva, se dan sólo en ciertos dominios como la memoria o la orientación, serían más adecuados diagnósticos más específicos como *deterioro de la memoria* (00131) o *confusión aguda* (00128).

#### 00128 Confusión aguda

*Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.*

DOMINIO 5: Percepción/Cognición CLASE 4: Cognición

##### Características definitorias

Agitación creciente.	Falta de motivación para mantener una conducta intencionada.
Alucinaciones.	Fluctuación en el conocimiento.
Falta de motivación para iniciar una conducta dirigida al logro de un objetivo.	Fluctuación en el nivel de conciencia.
Falta de motivación para iniciar una conducta intencionada.	Fluctuación en la actividad psicomotora.
Falta de motivación para mantener una conducta dirigida al logro de un objetivo.	Intranquilidad creciente.
	Percepciones erróneas.

##### Factores relacionados

Abuso de sustancias.	Edad superior a 60 años.
Delirio.	Fluctuaciones en el ciclo vigilia-sueño.
Demencia.	

(Herdman, 2012)

#### 00131 Deterioro de la memoria

*Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.*

DOMINIO 5: Percepción/Cognición CLASE 4: Cognición

##### Características definitorias

Expresa experiencia de olvidos.	Incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta.
Incapacidad para aprender nueva información.	Incapacidad para retener nueva información.
Incapacidad para aprender nuevas habilidades.	Incapacidad para retener nuevas habilidades.
Incapacidad para realizar una habilidad previamente aprendida.	Olvida realizar una conducta en el momento programado para ello.
Incapacidad para recordar acontecimientos.	
Incapacidad para recordar información sobre los hechos.	

##### Factores relacionados

Anemia.	Excesivas alteraciones ambientales.
Desequilibrio electrolítico.	Hipoxia.
Desequilibrio de líquidos.	Trastornos neurológicos.
Disminución del gasto cardíaco.	

(Herdman, 2012)

Otros diagnósticos de enfermería están relacionados con el diagnóstico TPP a nivel conceptual, aunque no estén recogidos en el mismo dominio de la Taxonomía II.

#### 00199 Planificación ineficaz de las actividades

*Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.*

DOMINIO 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés CLASE 2: Respuestas de afrontamiento (Ha sufrido una reubicación: en la Clasificación: 2009-2011 estaba en el Dominio 5: Percepción/Cognición; Clase 4: Cognición)

##### Características definitorias

Ansiedad excesiva por la tarea que se va a realizar.	Falta de organización secuencial.
Expresa preocupación sobre la tarea que se ha realizar.	Falta de plan.
Expresa temor a la tarea que se ha de realizar.	Falta de recursos.
Falta de logro de los objetivos para la actividad elegida.	Fracaso del patrón de conducta. Historia de dilación.

##### Factores relacionados

Capacidad comprometida para procesar la información.	Hedonismo.
Conducta defensiva de huida cuando se enfrenta con una propuesta de solución.	Percepción no realista de las competencias personales.
Falta de soporte de los amigos.	Percepción no realista de los acontecimientos.
Falta de soporte familiar.	

(Herdman, 2012)

Carpenito (2013) considera el diagnóstico *planificación ineficaz de las actividades (00199)* como un signo o síntoma en lugar que como un diagnóstico de enfermería propiamente dicho. Sugiere que conceptualmente representa una respuesta problemática relacionada con muchos de los diagnósticos de enfermería ya incluidos en la clasificación como *confusión crónica (00129)*, *déficits de autocuidado, ansiedad (00146)*, *negación ineficaz (00072)*, *afrontamiento ineficaz (00069)* y *gestión ineficaz de la propia salud (00078)* (Carpenito, 2013).

#### 00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones

*Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado.*

DOMINIO 10: Principios Vitales CLASE 3: Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones

##### Características definitorias

Expresa deseos de mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones.	Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los objetivos.
Expresa deseos de mejorar el uso de evidencias fiables para la toma de decisiones.	Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los valores personales.
Expresa deseos de mejorar la comprensión de las elecciones para la toma de decisiones.	Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los valores socioculturales.
Expresa deseos de mejorar la comprensión del significado de las elecciones.	Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones.
Expresa deseos de mejorar la congruencia de las decisiones con los objetivos socioculturales.	

(Herdman, 2012)



## 9. A modo de síntesis

Como se puede observar la valoración de la función cognitiva y los problemas asociados a su deterioro tienen relevancia dentro de la disciplina de Enfermería. A lo largo de la revisión se ha podido observar cómo en la literatura de enfermería se emplean de forma repetida multitud de términos y conceptos relacionados con el pensamiento y la cognición. Queda patente que a nivel conceptual estos términos no están definidos claramente y no se presentan de forma organizada ni jerarquizada. No existe unanimidad a la hora de conceptualizar los constructos pensamiento o función ejecutiva y los elementos asociados. Sin embargo, tras la revisión presentada parece que fenómenos relacionados con el pensamiento, juicio, toma de decisiones, resolución de problemas son pertinentes para enfermería.

En primer lugar, se ha podido apreciar que la cognición y función cognitiva son dominios destacados y que se toman en consideración a la hora de realizar una valoración de enfermería a los pacientes. Sin embargo, varios estudios han señalado que no existe unanimidad ni medidas estandarizadas a la hora de valorar este dominio. En la literatura de enfermería revisada en este apartado se pueden identificar varios términos aplicados con relación a la cognición y función cognitiva. Entre otros: juicio, valoración de la situación, toma de decisiones, pensamiento, solución de problemas, abstracción, introspección, razonamiento, discernimiento, planificación y organización. Aunque dichos términos son elementos relacionados con el pensamiento y cognición, queda patente que dentro de la disciplina de enfermería no resultan bien definidos ni existe uniformidad ni igualdad de criterios a la hora de su aplicación.

Esta revisión también ha puesto de manifiesto que el concepto de pensamiento y los elementos asociados son considerados como fenómenos de interés para enfermería y existen problemas de salud asociados a ellos que son abordados desde la perspectiva enfermera. Por un lado, se ha podido observar como los trabajos de O'Toole y Loomis (1990), Campbell (1994) y Bondy y colaboradores (1995) ilustran los esfuerzos realizados en la construcción de etiquetas diagnósticas relacionadas con el pensamiento y otros dominios de la función cognitiva. Por otro lado, se han comentado varios estudios sobre la atención de enfermería que han incorporado como fenómenos o variables de interés conceptos como pensamiento, toma de decisiones, organización y planificación, discernimiento, juicio y solución de problemas. Además, se ha descrito como este tipo de conceptos también han sido integrados en muchos modelos conceptuales de la disciplina.

## **IV.2 Profundización conceptual: cognición y pensamiento en campos alternativos de conocimiento**

---

Continuando con el proceso de derivación conceptual, se examinaron otros campos de conocimiento alternativos (en este caso: psicología, medicina y psiquiatría) para estudiar en profundidad los conceptos de cognición y pensamiento. Se trató de determinar las dimensiones o dominios operativos en los que se descompone el concepto de pensamiento y analizar la valoración de la función cognitiva y sus dimensiones. En base a todo ello, se desarrolló un modelo conceptual sobre el constructo pensamiento y los elementos que lo integran.

### 1. Los conceptos pensamiento y cognición en psicología y medicina

Como ya se ha sugerido anteriormente, y queda patente en la literatura, el constructo pensamiento y los términos relacionados resultan bastante abstractos y ambiguos. De forma frecuente, las expresiones cognición, función cognitiva, procesos de pensamiento y función mental son usadas de forma intercambiable para referirse a los procesos de pensar y conocer (Glick, 1993). Los conceptos pensamiento y cognición son ampliamente utilizados en filosofía y en las ciencias sociales y biomédicas. Sin embargo, dado que son constructos muy abstractos, no existe una definición estándar y universalmente utilizada para ellos y muchos autores manifiestan la dificultad a la hora de definirlos (Bistricky, 2013; Mayer, 1992). Por este motivo y como punto de partida, en esta sección se presentará una síntesis de las definiciones y elementos principales de los constructos cognición y pensamiento.

Según el glosario del National Institute of Mental Health, la cognición es *“una actividad mental consciente que informa a la persona sobre su entorno. Las acciones cognitivas incluyen percibir, pensar, razonar, juzgar, resolver problemas y recordar”* (National Institute of Mental Health, 2005). En otro glosario especializado equiparan la cognición con el pensamiento, pero además ofrecen una definición más completa de cognición: *“procesos de la mente humana que están implicados en la adquisición, almacenamiento, recuperación y procesamiento de la información”* (Bulling & Scalora, 2013, p. 3).

La psicología cognitiva se ocupa del estudio científico de las operaciones mentales y los procesos cognoscitivos implicados en el procesamiento de la información con el fin de comprender el comportamiento humano (de Vega, 1992; Ortiz Ocaña, 2009; Sanz de Acedo Lizarraga, Pollán Rufo, & Garrido Landívar, 1997). Los psicólogos americanos Neisser y Haber fueron los precursores de esta corriente (Ortiz Ocaña, 2009). Bistricky (2013) subraya que a pesar de que en el seno de la psicología cognitiva se continúa avanzando en el conocimiento

referente a los procesos cognitivos, en la actualidad todavía no se ha definido con exactitud qué es la cognición. Sin embargo, en la literatura se encuentran algunas definiciones que apuntan en una misma dirección y presentan elementos en común. Según Neisser (1976) la cognición hace referencia a aquellos procesos encargados de que los estímulos y sensaciones captados por los sentidos sean transformados, elaborados, almacenados y utilizados en contextos y situaciones determinadas, implicando el procesamiento tanto de la información como de los conocimientos adquiridos. En la misma línea, Ortiz Ocaña (2009) define la cognición como *“el acto o proceso de conocer”*, explica que *“la cognición es el conjunto de procesos mentales que tienen lugar entre la percepción del estímulo y la respuesta a éstos, son las funciones complejas que operan sobre las representaciones perceptivas o recobradas de la memoria”* (p. 12). Así, los procesos cognitivos para este autor son *“aquellos procesos psicológicos relacionados con el percibir, atender, memorizar, recordar y pensar,”* y *“constituyen una parte sustantiva de la producción superior del psiquismo humano”* (p. 12). Los procesos implicados en la cognición están relacionados con la elección de los estímulos recibidos, su codificación y su registro en la memoria, y con el desarrollo de pensamientos y afectos que serán los que determinen la conducta (Garrido Abejar, 2000).

Los procesos cognitivos, junto con los procesos perceptivos y los de organización motora son los encargados de mediar la adaptación de la conducta al ambiente (Ortiz Ocaña, 2009). Los procesos cognitivos son operaciones que codifican la información ambiental (de Vega, 1992) y que están mediados por procesos de tipo emocional (afectividad y motivación) (Garrido Abejar, 2000; Ortiz Ocaña, 2009). En la literatura se encuentran numerosas clasificaciones para los diferentes procesos cognitivos. Ortiz Ocaña (2009) los clasifica como procesos cognitivos simples o básicos y procesos cognitivos complejos. Los procesos cognitivos simples son la sensación, percepción, atención, concentración, memoria e imaginación. Los procesos cognitivos complejos incluyen el pensamiento, lenguaje, inteligencia y creatividad.

Así parece que el concepto de pensamiento está englobado dentro del concepto de cognición. Holt (1964) argumentó que el ámbito del término cognición es más amplio que el de procesos de pensamiento, y comprende percibir, juzgar, formar conceptos, aprender, imaginar, fantasear, creación de imágenes y resolución de problemas. Al igual que sucede con el término cognición, el término pensamiento aunque ampliamente utilizado, resulta vago y abstracto, y carece de una definición aceptada universalmente (Crespo León, 1997). Tras una extensa revisión del concepto desde el punto de vista lingüístico, filosófico y psicológico, Molina González (2006) propone la siguiente definición de pensamiento:

*“La actividad intelectual (interna) mediante la cual el hombre entiende, comprende, y dota de significado a lo que le rodea; la cual consiste, entre otras acciones, en formar, identificar, examinar, reflexionar y relacionar ideas o conceptos, tomar decisiones y emitir juicios de eficacia; permitiendo encontrar respuestas ante situaciones de resolución de problemas o hallar los medios para alcanzar una meta”* (Molina González, 2006, p. 52).

Mayer (1992) postula que el pensamiento es *cognitivo*, es un *proceso* y es *dirigido* hacia una solución (p. 7). Este autor explica que el pensamiento es cognitivo porque es un proceso interno, y por ello debe ser inferido indirectamente a través de la conducta. Como proceso cognitivo complejo, el pensamiento consiste en la manipulación de la información que ha sido percibida, aprendida o recordada previamente (Mayer, 1992), es decir, se basa en los procesos cognitivos simples. El pensamiento es un proceso *mediador*, es la *conexión* entre el estímulo y la respuesta (Cerdá, 1990). Según Mejía Quintero y Escobar Melo (2012), el pensamiento es *la capacidad de analizar, comparar, evaluar, ordenar, clasificar, hacer inferencias, hacer juicios, aplicar adecuadamente los conocimientos, trascender la información recibida, generar nuevas ideas y resolver problemas* (p.125). Los procesos de pensamiento constituyen la forma en que la persona elabora y aplica afirmaciones y conclusiones (Wachman, 1998).

Para llevar a cabo el estudio científico del pensamiento, en el campo de la psicología cognitiva se ha definido operativamente el concepto en una serie de dominios o componentes. Aunque existen diferentes clasificaciones, los dominios más comúnmente aplicados son: (1) procesos de categorización y elaboración de conceptos, (2) razonamiento y (3) resolución de problemas (Crespo León, 1997; Sanz de Acedo Lizarraga et al., 1997). Otros autores añaden un cuarto dominio, el de la creatividad (Sanz de Acedo Lizarraga et al., 1997). Así, la investigación relativa al pensamiento se centra en el estudio y análisis sistemático de dichos dominios.

Los procesos de categorización o elaboración de conceptos se refieren al proceso mental por el cual aquellos estímulos ambientales (objetos, actividades, organismos, abstracciones, relaciones, etc.) con características comunes son clasificados en agrupaciones mentales (categorías o conceptos). La creación de categorías o conceptos constituyen los procesos básicos de pensamiento y son estrategias para la organización y almacenamiento de la información adquirida (Crespo León, 1997; Sanz de Acedo Lizarraga et al., 1997). El razonamiento es el proceso mental por el cual a partir de la información ambiental o conocimientos previos, se extraen conclusiones y se elabora nueva información. Este puede ser inductivo o deductivo (Crespo León, 1997; Sanz de Acedo Lizarraga et al., 1997). En tercer lugar, *la resolución de problemas implica la combinación de reglas previamente aprendidas*

para construir una proposición de orden superior (Sanz de Acedo Lizarraga et al., 1997, p. 326). Esta se desarrolla en tres fases: conocimiento del problema, planificación de una solución y evaluación del resultado (Dawson, 2012).

Estos dominios están muy interrelacionados, y constituyen los elementos básicos en los que se puede dividir cualquier proceso de pensamiento. Tal y como explica, Crespo León (1997) para resolver un problema, se pondrán en marcha los procesos de razonamiento que estarán basados en unos procesos de categorización previos. El funcionamiento cognitivo principalmente se manifiesta, y puede ser observado, a través de la conducta de un individuo al enfrentarse y resolver un determinado problema. Lauth(1994a) propuso un modelo que incluía las fases del proceso de solución de problemas y los posibles trastornos asociados a cada fase. El modelo se ilustra en la tabla 40 extraída del trabajo de Lauth.

**Tabla 40. Modelos de los trastornos en la solución de problemas propuesto por Lauth (1994)**

Fase en el proceso de la solución de problemas	Función en el proceso de la solución de problemas	Momento del trastorno	Características y ejemplos del momento del trastorno
<b>Orientación general</b>	Adopción de una actitud cognoscitivo-emocional favorable ante el problema existente.	Actitud desfavorable frente a las situaciones de problemas existentes.	a. Aumento de la situación de problema por ideas negativas b. Escasa sensibilidad al problema; desatender los signos del problema c. Solución precipitada de problemas
<b>Definición del problema</b>	Determinación de los momentos que hacen surgir el problema, y primera explicación de los fines para la solución	Errónea o insuficiente representación interna del problema	a. La situación problemática se capta erróneamente o sólo de manera parcial, y los elementos del problema no se perciben adecuadamente b. La meta de la solución no se dilucida sino insuficientemente
<b>Generación de alternativas de acción</b>	Desarrollo del mayor número posible de alternativas de solución sin valoración de su carácter favorable	Deficiente disponibilidad de medios para conseguir el fin	a. No se dispone de procedimientos para conseguir el fin, o éstos no se deducen de heurísticos genéricos
<b>Formulación de decisiones</b>	Selección de alternativas favorables de solución mediante la ponderación de las consecuencias de las diversas alternativas de solución	Decisión a favor de acciones desfavorables de solución	a. La acción de solución persigue fines no realistas (irracionales) b. No se meditan las consecuencias de la acción a causa de perjuicios (se toman los deseos por realidades) o por intensa emocionalidad c. La deficiente experiencia anterior no permite apreciar las consecuencias de la acción
<b>Ejecución de la acción</b>	Realización de acción solucionadora en la vida cotidiana	Entorpecimiento en la realización de la acción solucionadora	a. La solución no puede realizarse por deficiente competencia en la ejecución b. La acción solucionadora se realiza inconsecuentemente por conflictos en cuanto a los fines c. La acción solucionadora se realiza inflexiblemente y la información de retorno no modifica la conducta

(Lauth, 1994a, p. 155)

## 2. Valoración de la función cognitiva

Tras repasar los conceptos de cognición y pensamiento desde el punto de vista de la psicología, se revisará la aplicación de estos conceptos en medicina. Muchas patologías producen déficits o alteraciones a nivel cognitivo. Así, la cognición es también un concepto relevante en el campo de la medicina, especialmente en las especialidades de psiquiatría, neurología o geriatría. En medicina se busca principalmente valorar la función cognitiva del paciente y la presencia de deterioro o déficits cognitivos que puedan ser indicativos de la existencia de alguna patología asociada. Como ya se ha explicado, a menudo cognición y función cognitiva son utilizados como sinónimos para designar los procesos de pensar y conocer (Glick, 1993).

La función cognitiva engloba los procesos mediante los cuales la persona es capaz de percibir, registrar, almacenar, recuperar y usar la información (Foreman et al., 2003, p. 99). No existe una forma universalmente aceptada y aplicada para la valoración de la función cognitiva. El estado cognitivo del paciente se puede examinar de forma global o a través de distintos dominios o dimensiones que ilustran las diferentes áreas donde pueden existir alteraciones (Allott, Liu, Proffitt, & Killackey, 2011; Foreman et al., 2003). Para valorar la función cognitiva se pueden utilizar instrumentos estandarizados o se puede realizar una valoración informal mediante una observación estructurada durante el contacto con el paciente (Foreman et al., 2003; Woodford & George, 2007; Young, Meagher, & MacLulich, 2011). En la actualidad existen numerosos instrumentos que han sido desarrollados para la evaluación cognitiva. Estos varían desde baterías largas y complejas a instrumentos breves de rápida administración. Algunos de ellos se centran en la valoración global del estado cognitivo, otros en examinar de forma detallada un dominio concreto, y otros evalúan la función de varios dominios (Allott et al., 2011; Foreman et al., 2003; Nuechterlein et al., 2004).

Sin embargo, en la literatura no existe unanimidad a la hora de enunciar los dominios o dimensiones que componen la función cognitiva, pudiendo encontrar diferentes clasificaciones propuestas por distintos autores (Allott et al., 2011; Nuechterlein et al., 2004; Persoon et al., 2009). Foreman y colegas (2003) proponen siete dominios para la valoración de la función cognitiva: nivel de alerta/conciencia, atención, memoria, pensamiento (entendido como la habilidad para organizar y comunicar ideas), percepción, habilidad psicomotora, funciones cognitivas superiores. Woodford y George (2007) en su revisión bibliográfica sobre la valoración cognitiva en ancianos hablan de los dominios de atención, memoria, lenguaje, habilidades viso-espaciales y función ejecutiva. Vance y colaboradores (2012) conceptualizan la

función cognitiva en los dominios: atención, memoria, lenguaje, velocidad de procesamiento, habilidad psicomotora, y función ejecutiva. Un equipo de investigadores liderados por Nuechterlein (2004) realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de unificar criterios para el estudio de la función cognitiva en pacientes con esquizofrenia. Estos autores propusieron ocho dominios: velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria operativa, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y resolución de problemas (función ejecutiva) (Nuechterlein et al., 2004). Estableciendo una equivalencia entre lo propuesto por los diferentes autores, en la tabla 41 se ilustran las principales dimensiones de la función cognitiva.

**Tabla 41. Principales dominios de la Función Cognitiva**

<b>Nivel de conciencia</b>
<b>Atención</b>
<b>Memoria</b>
<b>Percepción</b> (también denominado Habilidades viso-espaciales)
<b>Habilidades psicomotoras</b>
<b>Velocidad de procesamiento</b> (incluiría la organización y comunicación de ideas y el lenguaje)
<b>Función ejecutiva</b> (también denominada Funciones cognitivas superiores; incluyendo el razonamiento y la resolución de problemas)

A nivel conceptual, se puede establecer una correlación entre los diferentes dominios que conforman la función cognitiva y la noción de pensamiento como proceso cognitivo complejo aplicada en psicología y presentada anteriormente. Así, como se ha explicado desde la psicología, el concepto pensamiento se entiende como un proceso intelectual interno, encaminado hacia una meta o solución, que comprende tres dominios: elaboración y organización de conceptos o ideas, razonamiento y resolución de problemas. Las dimensiones de la función cognitiva que englobarían estos tres dominios serían velocidad de procesamiento y función ejecutiva. La velocidad de procesamiento haría referencia al componente ideacional de la cognición, incluyendo la organización y comunicación de ideas. La función ejecutiva se refiere a las operaciones cerebrales superiores necesarias para la realización de tareas complejas (Woodford & George, 2007). El dominio de función ejecutiva, a su vez, está integrado por diferentes elementos (habilidades cognitivas). En la tabla 42 se sintetizan los sugeridos por los autores comentados.



Tabla 42. Elementos que conforman el dominio Función Ejecutiva

Referencia	Elementos (nombrados en inglés y castellano)
(Foreman et al. 2003, p.113)	<b>Discernimiento (<i>Insight</i>)</b> Habilidad para entenderse uno mismo y la situación donde se encuentra uno mismo <b>Juicio (<i>Judgment</i>)</b> Habilidad para evaluar una situación (real o hipotética) y determinar una acción apropiada. Existencia de decisiones inapropiadas o irracionales.
(Woodford & George, 2007)	<b>Planificación (<i>Planning</i>)</b> <b>Pensamiento abstracto (<i>Abstract thought</i>)</b> <b>Juicio (<i>Judgment</i>)</b>
(Vance et al., 2012)	<b>Razonamiento (<i>Reasoning</i>)</b> <b>Organización y planificación (<i>Organizing and planning</i>)</b> <b>Control/inhibición de impulsos (<i>Inhibition of impulses</i>)</b> <b>Resolución de problemas (<i>Problem solving</i>)</b> <b>Pensamiento lógico (<i>Logical thought</i>)</b>
(Nuechterlein et al., 2004)	<b>Razonamiento (<i>Reasoning</i>)</b> <b>Resolución de problemas (<i>Problem solving</i>)</b>

Con relación a la valoración de la función cognitiva y su categorización, es destacable la ICF que está organizada en distintos dominios que sirven como marco para valorar y medir la salud y la discapacidad, tanto a nivel individual como poblacional (World Health Organization, 2014). Esta clasificación consta de cuatro secciones: Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación, y Factores Ambientales. Las secciones Funciones Corporales y Actividades y Participación están formadas por dominios y subdominios relacionados con la cognición y pensamiento (tabla 43).

Tabla 43. Dominios relacionados con la cognición y pensamiento de la ICF

<b>Sección: FUNCIONES CORPORALES Capítulo 1 Funciones Mentales: (<i>Mental functions</i>)</b> <b>Dominio: Funciones mentales específicas (<i>Specific mental functions</i>)</b>	
<b>b160 Funciones del pensamiento (<i>Thought functions</i>)</b>	Funciones mentales específicas relacionadas con el componente ideacional de la mente.
b1600 Ritmo del pensamiento ( <i>Pace of thought</i> )	Funciones mentales que dirigen la velocidad del proceso de pensamiento.
b1601 Forma del pensamiento ( <i>Form of thought</i> )	Funciones mentales que organizan el proceso de pensamiento de forma coherente y lógica.
b1602 Contenido del pensamiento ( <i>Content of thought</i> )	Funciones mentales que consisten en las ideas que están presentes en el proceso de pensamiento y lo que está siendo conceptualizado.
b1603 Control del pensamiento ( <i>Control of thought</i> )	Funciones mentales que proporcionan control volitivo sobre el pensamiento y son reconocidas así por la persona.
<b>b164 Funciones cognitivas superiores (<i>Higher-level cognitive functions</i>)</b>	Funciones mentales específicas especialmente dependientes de los lóbulos frontales del cerebro, incluyendo conductas complejas dirigidas a un objetivo, a menudo denominado función ejecutiva.
b1640 Abstracción ( <i>Abstraction</i> )	Funciones mentales por las que se extraen ideas generales, cualidades o características externas, distintas de realidades concretas, objetos específicos, o ejemplos reales.
b1641 Organización y planificación ( <i>Organization and planning</i> )	Funciones mentales que coordinan o sistematizan las partes de un todo; la función mental involucrada en desarrollar un método de proceder o actuar.
b1642 Manejo del tiempo ( <i>Time management</i> )	Funciones mentales de ordenar los eventos en secuencia cronológica y distribuir la cantidad de tiempo a eventos y actividades.
b1643 Flexibilidad cognitiva ( <i>Cognitive flexibility</i> )	Funciones mentales para cambiar estrategias o patrones mentales, especialmente las involucradas en la solución de problemas.
b1644 Disernimiento ( <i>Insight</i> )	Funciones mentales de la conciencia y entendimiento de uno mismo y de su propio comportamiento.
b1645 Juicio ( <i>Judgement</i> )	Funciones mentales involucradas en discriminar y evaluar diferentes opciones, como aquellas implicadas al formar una opinión.
b1646 Solución de problemas ( <i>Problem-solving</i> )	Funciones mentales para identificar, analizar e integrar una información incongruente o conflictiva en una solución.
<b>Sección: ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN</b> <b>Capítulo 1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento (<i>Learning and applying knowledge</i>)</b> Este capítulo es sobre el aprendizaje, la aplicación del conocimiento que es aprendido, el pensamiento, resolución de problemas y la toma de decisiones. <b>Dominio: Applying knowledge (d160-d179)</b>	
<i>Se presenta exclusivamente las categorías relacionadas con el pensamiento</i>	
d163 Pensamiento ( <i>Thinking</i> )	Formular y manipular ideas, conceptos e imágenes, bien sea con un objetivo determinado o no.
d175 Resolución de problemas ( <i>Solving problems</i> )	Encontrar soluciones a cuestiones o situaciones identificando y analizando los factores, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando una solución elegida.
d177 Toma de decisiones ( <i>Making decisions</i> )	Realizar una elección entre opciones, llevar a cabo la elección, y evaluar los efectos de la elección.
<i>(World Health Organization, 2014)</i>	

### 3. Alteraciones en el pensamiento

Las alteraciones del pensamiento pueden estar asociadas con diversos trastornos mentales (Lauth, 1994b). En estas alteraciones se pueden ver afectados la naturaleza, organización o curso del pensamiento (Lauth, 1994a) e implican incoherencia en la asociación de ideas asociada a una pérdida de contacto con la realidad (Sanz, 2002).

En la literatura existen diferentes clasificaciones para los trastornos del pensamiento. Clásicamente se han dividido entre los trastornos del curso y trastornos del contenido (Gómez-Fontanil & Coto, 2008; Pifarré, 2011). Los trastornos del curso del pensamiento hacen referencia a la manera en qué se llevan a cabo la formulación, organización y expresión de pensamientos (Pifarré, 2011). Los trastornos del contenido se centran en las ideas, creencias, obsesiones, delirios o preocupaciones (Pifarré, 2011). Además, Pifarré (2011) propone una tercera categoría, los trastornos de la experiencia del pensamiento o trastornos de la propiedad del pensamiento.

Sin embargo, algunos autores sugieren que el estudio de los trastornos de pensamiento está estrechamente conectado a las alteraciones en el razonamiento y la solución de problemas (Gómez-Fontanil & Coto, 2008; Lauth, 1994a, 1994b; Sanz, 2002), en línea con los dominios en los que se conceptualiza el constructo pensamiento. Así, los trastornos del pensamiento se han categorizado como trastornos formales del pensamiento y trastornos del contenido del pensamiento. Los trastornos formales del pensamiento implican una desorganización y falta de lógica en los contenidos mentales (Lauth, 1994a, 1994b) y están asociados a deficiencias en actividades de razonamiento y solución de problemas (Gómez-Fontanil & Coto, 2008). Por otro lado, los trastornos de contenido se refieren a las alteraciones en los propios contenidos del pensamiento, cuando resultan inusuales, inverosímiles o insólitos (Lauth, 1994a, 1994b). Están relacionados a creencias erróneas producidas por esas actividades de razonamiento y resolución de problemas deficientes (Gómez-Fontanil & Coto, 2008).

La valoración de las alteraciones en el pensamiento en la práctica puede resultar algo compleja por diversas razones. En primer lugar, el pensamiento y el lenguaje están muy interrelacionados, por lo que diferenciar los trastornos que afectan a cada uno es una tarea complicada. Por otro lado, no es posible explorar de forma directa el pensamiento, sino a través de las expresiones y comportamiento de la persona. Además, puede que el paciente debido a su alteración psicopatológica no colabore adecuadamente verbalizando con exactitud sus síntomas. Por último, las alteraciones en el pensamiento estarán influenciadas por factores

culturales y del propio idioma (Pifarré, 2011). Así, el estudio de los trastornos asociados al pensamiento continúa en evolución y desarrollo.

#### 4. A modo de síntesis

En base a lo revisado y a modo de síntesis, se ha elaborado un modelo conceptual del concepto de pensamiento entendido como proceso (figura 11). A nivel conceptual, se puede entender el pensamiento como un proceso intelectual interno integrado por tres dimensiones (categorización, razonamiento y resolución de problemas) que a su vez están compuestas por diferentes elementos que son las funciones mentales específicas examinadas en la valoración de la función cognitiva (en sus dominios velocidad de procesamiento/pensamiento y función ejecutiva). Como se ha explicado, los tres dominios o dimensiones del proceso de pensamiento están interrelacionadas. Para la resolución de problemas es necesario llevar a cabo procesos de razonamiento y categorización. Así, el objetivo final de un proceso de pensamiento es alcanzar una meta o solución para el funcionamiento normal en las actividades cotidianas. El proceso de pensamiento ocurre a nivel interno, por lo que las manifestaciones de su alteración serán observadas a través de la conducta, comportamiento y expresiones de la persona.

Figura 11. Modelo conceptual: Pensamiento como proceso



Tras la revisión conceptual realizada resulta evidente que no existe unanimidad ni criterios universales con relación a los conceptos cognición o pensamiento, y existe cierta confusión a la hora de definirlos operativamente tanto en los campos de psicología, medicina como enfermería. Sin embargo, a lo largo de la sección se ha realizado un esfuerzo por encontrar ciertos criterios comunes y condensar los planteamientos de diferentes autores. En base a lo cual, se ha elaborado un diagrama que ilustra un modelo conceptual del concepto de pensamiento entendido como un proceso y que recoge sus principales características y componentes. Dicho trabajo conceptual fue la base para perfilar y redefinir el concepto diagnóstico TPP y elaborar una nueva versión para su reintroducción en la taxonomía.

## IV.3 El diagnóstico de enfermería VR-TPP: Datos empíricos

---

Complementariamente a la revisión conceptual realizada y con el objetivo de obtener soporte empírico adicional sobre el diagnóstico en el ámbito clínico, se desarrolló el estudio que se presenta en este apartado. Se realizó un análisis secundario de los datos extraídos de un estudio multicéntrico, con un diseño exploratorio, descriptivo y transversal, el Proyecto CUISAM (Escalada-Hernández et al., 2015), del que la autora fue coordinadora e investigadora principal. En el bloque de Metodología ya se han explicado los aspectos metodológicos de este proyecto. En este apartado se presentarán los resultados del análisis secundario, su discusión y las conclusiones obtenidas.

El objetivo del análisis secundario fue analizar la prevalencia del diagnóstico de enfermería VR-TPP y describir las características sociodemográficas y asistenciales más frecuentes asociadas a este diagnóstico en pacientes psiquiátricos y psicogerítricos ingresados en unidades de media y larga estancia. Además, se examinó la relación entre la presencia del diagnóstico VR-TPP con otras variables de interés. La información obtenida en este trabajo previo fue aplicada en la construcción de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP.

## **1. Resultados: datos empíricos sobre el diagnóstico de enfermería VR-TPP en el ámbito clínico**

### **Prevalencia del diagnóstico de enfermería VR-TPP**

La muestra total del estudio principal estuvo formada por 624 pacientes psiquiátricos y psicogerítricos ingresados en unidades de media y larga estancia. De ellos, 246 (39,4%) tenían recogido el diagnóstico de enfermería VR-TPP en sus planes de cuidados, siendo el segundo diagnóstico más prevalente en esta población. El análisis de su prevalencia según el tipo de recurso asistencial demostró que en las unidades psicogerítricas de larga estancia 130 pacientes (52,8%) presentaban el diagnóstico VR-TPP, en las unidades psiquiátricas de larga estancia 89 pacientes (36,2%) y en las unidades psiquiátricas de media estancia 27 pacientes (11%).

### **Características socio-demográficas y asistenciales de los pacientes con VR-TPP**

En la tabla 44 se recogen las características socio-demográficas de los 246 pacientes con VR-TPP. La edad media en esta submuestra fue de 64,71 ( $\pm 17,35$ ) años, con un rango de 19 a 97 años, siendo los grupos de edad más numerosos aquellos comprendidos entre los 51 y 84 años. Se puede observar una ligera diferencia entre ambos sexos, encontrando un mayor

número de mujeres (57,7%) con presencia de VR-TPP. Con relación al resto de características socio-demográficas, los datos demuestran que los pacientes con TPP eran mayoritariamente solteros, con ingresos entre bajos y medios, con estudios primarios y pensionistas.

**Tabla 44. Características socio-demográficas de los pacientes con VR-TPP**

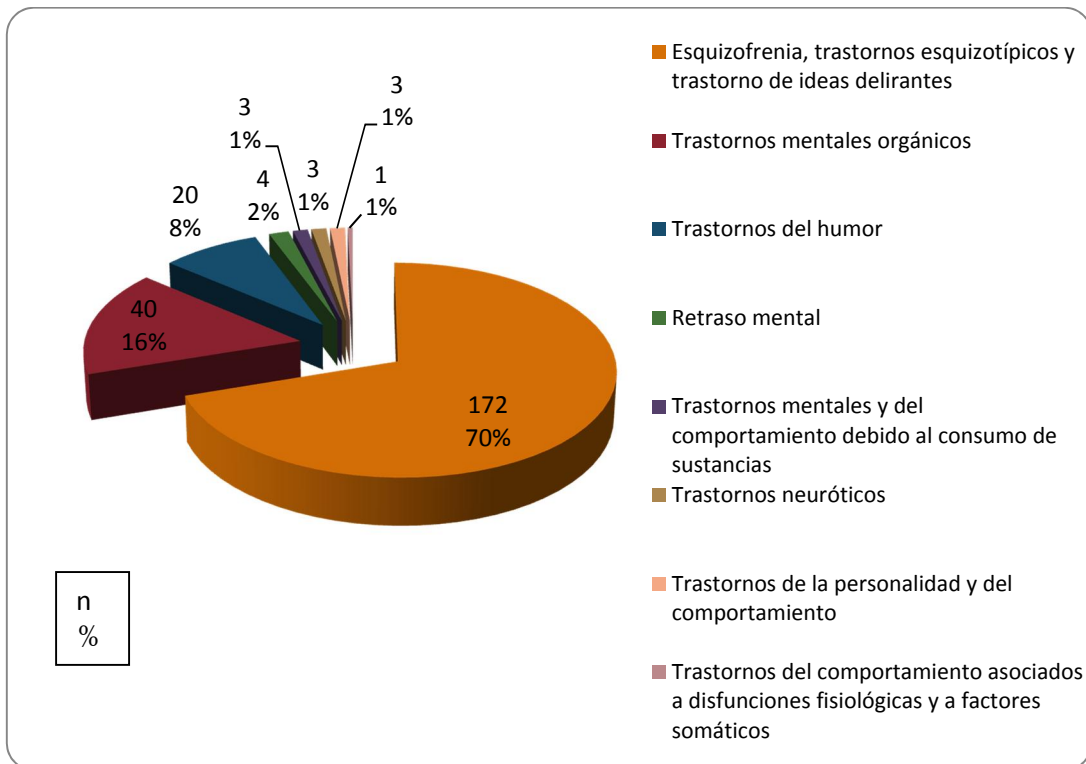
DATOS	N	%	DATOS	N	%
<b>GRUPOS DE EDAD</b>			<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO<sup>12</sup></b>		
19-30 años	5	2,0	Bajo	60	24,4
31-50 años	47	19,1	Bajo-medio	90	36,6
51-65 años	64	26,0	Medio	62	25,2
66-84 años	99	40,2	Medio-alto	21	8,5
≥ 85 años	31	12,6	Alto	2	0,8
<b>SEXO</b>			<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>		
Mujeres	142	57,7	Analfabeto	27	11
Hombres	104	42,3	Primarios	108	43,9
<b>ESTADO CIVIL</b>			<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
Soltero	144	58,5	Secundarios	39	15,8
Casado	29	11,8	Universitarios	17	6,9
Divorciado/Separado	19	7,7	No consta	55	22,4
Viudo	43	17,5	Trabaja	2	0,8
No consta	11	4,5	No trabaja	27	11
			Pensionista	213	86,6
			No consta	4	1,6

Los diagnósticos psiquiátricos fueron catalogados según la CIE-10. La categoría diagnóstica más frecuente entre los pacientes con VR-TPP fue esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes con 171 sujetos (69,5%). El 16,3% (n=40) presentaban trastornos mentales orgánicos, principalmente demencias. Como se describe en la figura 12, el resto de categorías diagnósticas resultaron ser menos frecuentes entre los sujetos de la submuestra de pacientes con VR-TPP.

<sup>12</sup> El nivel socioeconómico de los pacientes fue recogido de los datos sociales dentro de la historia clínica, siendo definido según criterio de los Trabajadores Sociales de cada centro.



Figura 12. Prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos entre los pacientes con VR-TPP



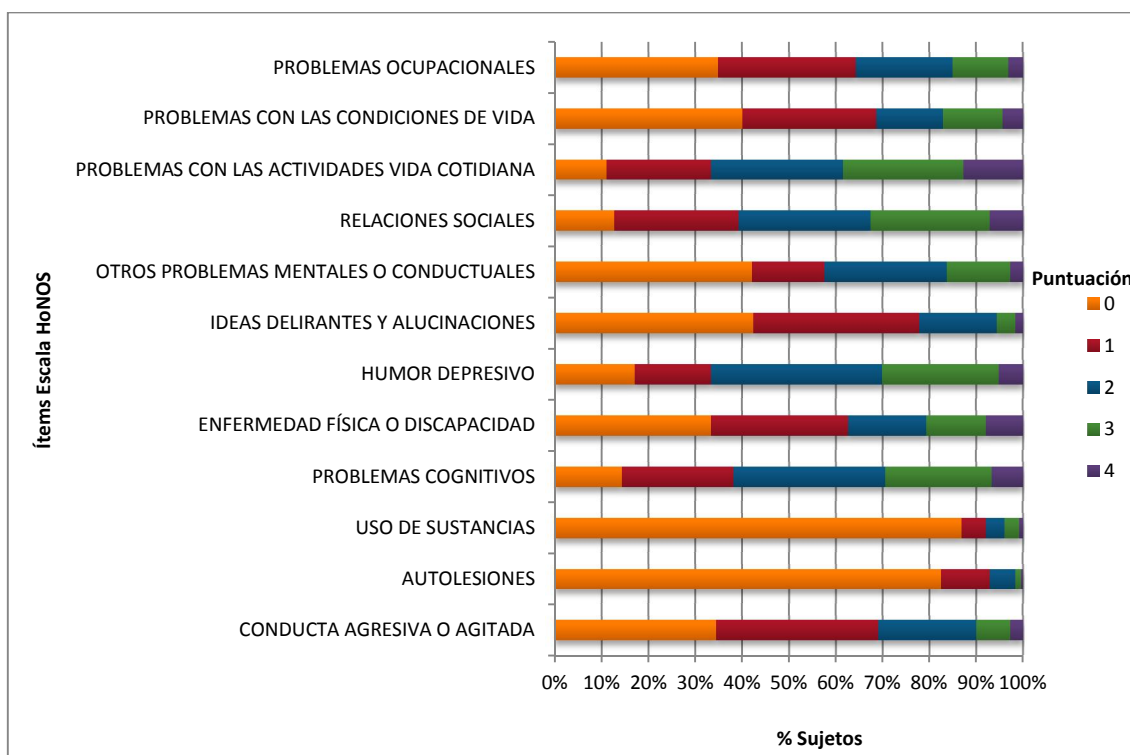
### Severidad de los problemas asociados con la enfermedad mental de los pacientes con VR-TPP

El grado de severidad de los problemas asociados a la enfermedad mental presente en la submuestra de 246 pacientes con VR-TPP fue valorado con la escala HoNOS (Wing et al., 1998) en su traducción al castellano (Uriarte et al., 1999). Este instrumento está compuesto por 12 ítems, clasificados en 4 secciones: problemas conductuales, deterioro, problemas clínicos y problemas sociales. La puntuación de cada ítem va de 0 a 4, siendo el rango de la puntuación total de 0 a 48 puntos. El significado asignado a cada valor es: 0=sin problema, 1=problema menor que no requiere intervención, 2=problema leve pero claramente presente, 3=problema de moderada gravedad y 4=problema grave o muy grave. El rango de la puntuación total de la escala es de 0 a 48. Una mayor puntuación total implica una mayor severidad en los problemas (Uriarte et al., 1999). Sin embargo, no se han establecido categorías o rangos determinados en base a la puntuación total obtenida en la escala para catalogar distintos niveles de severidad.

La media de la puntuación total en la escala HoNOS alcanzada por los sujetos de la submuestra fue  $14,41 \pm 4,75$  (rango=3-26). La figura 13 muestra un desglose de la puntuación en cada ítem.

Se puede observar que los problemas con las actividades de la vida cotidiana, con las relaciones sociales, con relación al humor depresivo y problemas cognitivos fueron los más prevalentes, con alrededor de un 80% de pacientes con VR-TPP con una puntuación entre 1 y 4 en dichos ítems. Entorno al 60% obtuvo una puntuación entre 1 y 4 en los ítems con relación a los problemas ocupacionales, problemas con las condiciones de vida, otros problemas mentales o conductuales, presencia de ideas delirantes y alucinaciones, problemas por enfermedad física y discapacidad y conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada. Los problemas menos frecuentes fueron el consumo de sustancias y las autolesiones con una puntuación de 0 en más de un 80% de los sujetos con VR-TPP.

**Figura 13. Distribución de la puntuación por cada ítem de la Escala HoNOS en pacientes con VR-TPP**



### Resultados NOC e intervenciones NIC más frecuentes asociadas al diagnóstico de enfermería VR-TPP

En los planes de cuidados de los 246 pacientes con VR-TPP se registraron 11 etiquetas NOC y 63 etiquetas NIC diferentes. Los dos resultados NOC más frecuentes fueron *autocontrol del pensamiento distorsionado* (1403) (n=207, 82,14%) y *orientación cognitiva* (0901) (n=170, 67,46%). El resto de etiquetas NOC obtuvieron una prevalencia menor al 20% (ANEXO 11). Las intervenciones NIC asociadas a los dos resultados NOC y sus definiciones están descritas en la tabla 45.

Tabla 45. Resultados NOC e intervenciones NIC asociadas al diagnóstico VR-TPP

<b>NOC 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado</b> <i>Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento</i>		
<b>INTERVENCIONES NIC</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>5820 Disminución de la ansiedad</b> <i>Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado</i>	144	57,14
<b>6440 Manejo del delirio</b> <i>Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confuso agudo</i>	133	52,78
<b>6510 Manejo de las alucinaciones</b> <i>Estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones</i>	114	45,24
<b>6486 Manejo del entorno: seguridad</b> <i>Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad</i>	102	40,48
<b>6420 Restricción de zonas de movimiento</b> <i>Limitación de la movilidad del paciente a una zona determinada para el control de su seguridad o de su comportamiento</i>	101	40,08
<b>6450 Manejo de ideas delirantes</b> <i>Fomento de la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real</i>	60	23,81
<b>6480 Manejo ambiental</b> <i>Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico</i>	59	23,41
<b>4820 Orientación de la realidad</b> <i>Fomento de la conciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente</i>	58	23,02
<b>NOC 0901 Orientación cognitiva</b> <i>Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud</i>		
<b>INTERVENCIONES NIC</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>4820 Orientación de la realidad</b> <i>Fomento de la conciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente</i>	125	49,60
<b>4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas</b> <i>Cuidados de apoyo del paciente/miembros de la familia con problemas físicos y psicosociales asociadas con el consumo de alcohol o drogas</i>	90	35,71
<b>6650 Vigilancia</b> <i>Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas</i>	31	12,30
<b>4720 Estimulación cognoscitiva</b> <i>Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados</i>	27	10,71

### Asociación entre el diagnóstico de enfermería VR-TPP y variables de interés

Se analizaron posibles diferencias con relación a diversas variables entre los pacientes que tenían recogido el diagnóstico de enfermería VR-TPP en sus planes de cuidados y aquellos sin dicho diagnóstico.

En primer lugar se comprobó si existía una asociación significativa entre la presencia del diagnóstico de enfermería VR-TPP y la variable diagnóstico psiquiátrico. Para el análisis los diagnósticos psiquiátricos se agruparon en tres categorías: (1) esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes; (2) trastornos mentales orgánicos y (3) otros diagnósticos psiquiátricos (esta categoría agrupaba el resto de diagnósticos psiquiátricos con menor prevalencia (<8%)). El análisis Chi-cuadrado demostró que existía una relación estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ) entre la presencia de VR-TPP y el diagnóstico psiquiátrico, explicada principalmente (examinando los residuos tipificados corregidos) por la alta frecuencia (69,9%) del diagnóstico esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes entre los pacientes con VR-TPP (ver tabla 46).

**Tabla 46. Diferencias entre los pacientes con y sin VR-TPP con relación al diagnóstico psiquiátrico**

	Pacientes con VR-TPP	Pacientes sin VR-TPP	Total
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes	69.6%	49.5%	20.2%
<i>Residuos tipificados corregidos</i>	5.0	-5.0	
Trastornos mentales orgánicos	16.8%	22.5%	57.5%
<i>Residuos tipificados corregidos</i>	-1.7	1.7	
Otros diagnósticos psiquiátricos	13.6%	28.1%	22.3%
<i>Residuos tipificados corregidos</i>	-4.3	4.3	
<b>Chi-cuadrado=27.030 p=0,000</b>			

Complementariamente, se calculó la Odds Ratio para analizar la asociación entre el diagnóstico de esquizofrenia como factor de riesgo (variable independiente) y la presencia de VR-TPP como variable dependiente. Se confirmó una asociación significativa por la que entre los pacientes con esquizofrenia la probabilidad (el riesgo) de encontrar pacientes con el diagnóstico de enfermería VR-TPP es 2,29 veces (IC=1,64-3,21) mayor que de encontrar pacientes sin dicho diagnóstico.

Por otra parte, se realizó una comparación entre ambos grupos de pacientes con relación a la severidad y número de problemas y necesidades de cuidado observados, valorados por las variables puntuación total de la escala HoNOS y el número de diagnósticos de enfermería (tabla 47). Al contrastar la puntuación total de la escala HoNOS entre los pacientes con VR-TPP y aquellos sin VR-TPP, el test U de Mann-Whitney demostró diferencias significativas ( $p=0,000$ ). Así, los pacientes con el diagnóstico de enfermería VR-TPP obtuvieron una mayor puntuación en la escala HoNOS, es decir, un mayor grado de severidad en los problemas

asociados a la enfermedad mental. Respecto al número de diagnósticos de enfermería recogidos en el plan de cuidados de cada paciente también se encontró que la diferencia entre ambos grupos era estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ), observándose un mayor número de diagnósticos de enfermería en los pacientes con VR-TPP.

**Tabla 47. Diferencias entre pacientes con y sin VR-TPP respecto a los problemas y necesidades de cuidado**

	Pacientes con VR-TPP	Pacientes sin VR-TPP	Significación U de Mann-Whitney
<b>Puntuación total escala HoNOS</b>			
Media $\pm$ DE	14,42 $\pm$ 4,75	12,86 $\pm$ 4,54	$p=0,000$
<b>Nº total diagnóstico de enfermería</b>			
Media $\pm$ DE	6,04 $\pm$ 4,90	2,68 $\pm$ 2,97	$p=0,000$

Con el propósito de detectar posibles características específicas en los pacientes con VR-TPP, se analizaron las posibles diferencias entre ambos grupos en la puntuación de determinados ítems de la escala HoNOS. Se examinaron los ítems más frecuentes entre los pacientes con VR-TPP: problemas con las actividades de la vida cotidiana, problemas con las relaciones sociales, problemas cognitivos, problemas con el humor depresivo. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Al observar las medias en la puntuación en cada ítem, se puede apreciar que son bastante similares (tabla 48). Además, se realizó el test Chi-cuadrado, recodificando la puntuación como 0= *sin problemas* y 1,2,3,4= *con problemas*, para explorar posibles diferencias entre ambos grupos en los distintos ítems. No se encontró ninguna asociación significativa.

**Tabla 48. Diferencias entre pacientes con y sin VR-TPP en ítems de la escala HoNOS**

Presencia de VR-TPP		Ítems escala HoNOS			
		Hn4- Problemas cognitivos	Hn7- Problemas con relación con el humor depresivo	Hn9- Problemas con las relaciones	Hn10- Problemas con las actividades de la vida cotidiana
Pacientes sin VR-TPP	Media $\pm$ DE	1,94 $\pm$ 1,26	0,82 $\pm$ 0,93	1,89 $\pm$ 1,26	2,15 $\pm$ 1,26
Pacientes sin VR-TPP	Media $\pm$ DE	1,71 $\pm$ 1,21	0,78 $\pm$ 0,94	1,87 $\pm$ 1,13	2,04 $\pm$ 1,20
Significación Chi Cuadrado		$p=0,406$	$p=0,378$	$p=0,325$	$p=0,832$

Finalmente, se investigó si la presencia de VR-TPP podía estar asociada con la presencia de otros diagnósticos de enfermería. En el análisis se incluyeron los cinco diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con VR-TPP, demostrándose una relación estadísticamente significativa para los cinco (tabla 49).

**Tabla 49. Diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con VR-TPP**

Diagnóstico de enfermería	n	%	Significación Chi Cuadrado*
0108 Déficit de autocuidado: baño	175	71,1	p=0,000
0052 Deterioro de la interacción social	117	47,6	p=0,000
0051 Deterioro de la comunicación verbal	110	44,7	p=0,000
0078 Gestión ineficaz de la propia salud	96	39	p=0,000
0095 Insomnio	85	34,6	p=0,000

\*Relación entre la presencia de VR-TPP y la presencia del diagnóstico de enfermería respectivo

## 2. Discusión y conclusiones

El presente trabajo ofrece datos sobre la prevalencia del diagnóstico de enfermería VR-TPP en pacientes psiquiátricos y psicogerítricos ingresados en unidades de media y larga estancia. Los resultados obtenidos muestran que la prevalencia de este diagnóstico estuvo en torno al 40% de la población de estudio. Esta cifra está en la línea de lo descrito por otros estudios con diseños similares desarrollados en unidades de hospitalización psiquiátrica para pacientes agudos, donde la presencia de VR-TPP se situó entre el 38% y 46% (Sevillano Arroyo et al., 2004; Ugalde Apalategui & Lluch Canut, 2011; Vílchez Esteve et al., 2007). En el análisis de prevalencia por unidades se observan diferencias. En las unidades de larga estancia psicogerítricas la prevalencia del diagnóstico VR-TPP es del 52%, mientras que en las unidades psiquiátricas de larga estancia es del 36%, pero en las unidades de media estancia disminuye hasta el 11%. Estas diferencias podrían explicarse en base a los diferentes perfiles, patologías y estados agudos o crónicos de los pacientes en cada una de ellas.

Los resultados de este análisis secundario permiten esbozar un perfil típico de los pacientes con el diagnóstico de enfermería VR-TPP. Así, se han descrito las características socio-demográficas y asistenciales más frecuentes entre este grupo de pacientes. Dicho perfil incluiría características como: edad entre 51 y 84 años, estado civil soltero/a, ingresos económicos entre bajos y medios, estudios primarios, situación laboral como pensionista y diagnóstico psiquiátrico dentro de la categoría esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes.

Además, se han señalado los diagnósticos de enfermería y los problemas más comunes que suelen ir asociados a la presencia de este diagnóstico. El análisis de cada uno de los 12 ítems que componen la escala HoNOS permite observar con detalle el tipo de problemas más frecuentes entre los individuos con VR-TPP. Los problemas más prevalentes (80%) fueron los problemas con las actividades de la vida cotidiana, con las relaciones sociales, depresión y problemas cognitivos, seguidos por los problemas ocupacionales, problemas de residencia, otros síntomas, alucinaciones y delirios, discapacidad física y agresividad que estuvieron presentes en un 60% de los pacientes con VR-TPP. Por otro lado, los diagnósticos de enfermería más frecuentes encontrados en los pacientes con VR-TPP fueron: *déficit de autocuidado: baño* (0108), *deterioro de la interacción social* (0052), *deterioro de la comunicación verbal* (0051), *gestión ineficaz de la propia salud* (0078) e *insomnio* (0095). Como se puede observar, existe cierta similitud o relación entre los ítems de la escala HoNOS problemas con las actividades de la vida cotidiana y problemas con las relaciones y algunos de los diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes con VR-TPP. Para ilustrar esto, en la tabla 50 se muestran las etiquetas y definiciones de los diagnósticos de enfermería y su posible asociación con dichos ítems de la escala HoNOS.

**Tabla 50. Relación entre ítems Escala HoNOS y diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con VR-TPP**

Ítems escala HoNOS	Diagnósticos de enfermería NANDA-I
<b>Problemas con las actividades de la vida cotidiana</b> Puntuar el nivel medio de funcionamiento en las actividades de la vida diaria (limpieza personal, alimentación, vestimenta, uso del WC) y en las habilidades complejas (administración dinero, organización de domicilio, ocupación, tiempo libre, movilidad, compras, etc.)	<b>Déficit de autocuidado: baño (0108)</b> Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.
	<b>Gestión ineficaz de la propia salud (0078)</b> Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.
<b>Problemas con las relaciones</b> Puntuar el problema más severo del paciente asociado a la carencia activa o pasiva de relaciones sociales, y/o relaciones carentes de apoyo, destructivas o autolesivas	<b>Deterioro de la interacción social (0052)</b> Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.
	<b>Deterioro de la comunicación verbal (0051)</b> Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

En el ítem problemas cognitivos de la escala HoNOS se valoran los “*problemas de memoria, orientación y comprensión asociados a cualquier trastorno*” (Uriarte et al., 1999). Se podría argumentar que este enunciado engloba muchas de las características definitorias del diagnóstico de enfermería VR-TPP sugeridas en la taxonomía NANDA-I (disonancia cognitiva, facilidad para distraerse, egocentrismo, hipervigilancia, hipovigilancia, interpretación inexacta

del entorno, pensamiento inapropiado y déficit de memoria) (NANDA International, 2010). Examinando las puntuaciones, se observa cómo un 81,3% de los individuos con el diagnóstico VR-TPP presentaba problemas cognitivos. Así, se podría sugerir que esto contribuye a establecer la validez de los resultados de este análisis secundario al confirmar la presencia de las características definitorias del diagnóstico en los pacientes.

Los dos resultados NOC más frecuentes (autocontrol del pensamiento distorsionado y orientación cognitiva) y las intervenciones NIC asociadas son coherentes y están directamente relacionados con la definición y características definitorias de la etiqueta VR-TPP y también con el tipo de problemas identificados por la escala HoNOS. Este alto grado de coherencia apoya la validez de los datos obtenidos. Sin embargo, cabe destacar la incongruencia encontrada con respecto al consumo de sustancias. El 13,09% de los pacientes con VR-TPP obtuvieron una puntuación entre 1 y 4 en el ítem de la escala HoNOS relativo a uso de sustancias, mientras que el 35,71% de los pacientes tenían incluida la intervención NIC *tratamiento por el consumo de sustancias nocivas* (4510) en sus planes de cuidados. Esta falta de consistencia podría ser explicada por el hecho de que la escala HoNOS valora la presencia del problema en un momento concreto y la intervención NIC *tratamiento por el consumo de sustancias nocivas* (4510) puede estar reflejada en el plan de cuidados con el fin de reforzar un cese en el consumo ya existente.

De forma adicional, se ha demostrado que la presencia del diagnóstico de enfermería VR-TPP está asociada con un mayor grado de severidad de los problemas asociados a la enfermedad mental (valorado por la escala HoNOS) y un mayor número de diagnósticos de enfermería registrados en el plan de cuidados. En base a estos resultados, se podría argumentar que los pacientes con el diagnóstico VR-TPP presentan una mayor complejidad clínica y precisan de un mayor grado de atención de enfermería, ya que se enfrentan a un mayor número de problemas y necesidades de cuidado. Este tipo de relación se ha establecido en otros estudios donde se ha demostrado que la presencia de determinados diagnósticos de enfermería está asociada con el nivel de uso de recursos asistenciales (Morales-Asencio et al., 2009) o la carga de trabajo de los profesionales de enfermería (Hoi, Ismail, Ong, & Kang, 2010).

Este trabajo presenta algunas limitaciones potenciales. Los datos del estudio original, el Proyecto CUISAM, fueron extraídos de forma retrospectiva de la historia electrónica del paciente y no de la observación directa del trabajo enfermero. Algunos estudios sugieren que los profesionales de enfermería tienden a comunicar y registrar menos actividades de las que realmente desarrollan (Jefferies et al., 2010). Considerando esto, se podría argumentar que la



prevalencia de VR-TPP y de los otros diagnósticos de enfermería podría haber sido algo superior de lo registrado en los planes de cuidados examinados. Sin embargo, se ha demostrado que el uso de la taxonomía NANDA-I, mejora la cantidad y calidad de los documentados (Saranto et al., 2014). Además en este estudio, el alto grado de coherencia entre la definición y características definitorias del diagnóstico VR-TPP y la información aportada por la escala HoNOS contribuye en cierta medida a establecer la validez de los resultados obtenidos.

En base a los resultados de este estudio se pueden extraer conclusiones relevantes. Se ha demostrado que el diagnóstico de enfermería VR-TPP es altamente frecuente entre pacientes psiquiátricos y psicogeriátricos institucionalizados. Además, la presencia de este diagnóstico parece estar asociada con diversos problemas y necesidades de cuidado, que hacen que estos pacientes requieran una atención de enfermería de mayor complejidad.

Los rasgos distintivos del perfil de los sujetos con VR-TPP podrían ser considerados como potenciales características definitorias o factores relacionados del diagnóstico de enfermería TPP y fueron incluidos en la construcción de la nueva versión del diagnóstico TPP desarrollada en esta primera fase del proyecto. En la tabla 51 se presenta una síntesis de estos aspectos.

**Tabla 51. Rasgos distintivos de los pacientes con VR-TPP identificados en el análisis secundario**

Rasgos distintivos de los pacientes con TPP
Edad entre 51 y 84 años
Estado civil soltero/a
Ingresos económicos entre bajos y medios
Estudios primarios
Pensionista
Diagnóstico psiquiátrico: esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes*
Mayor severidad y número de problemas relacionados con la enfermedad mental*
Mayor número de diagnósticos de enfermería*
Problemas con las actividades vida cotidiana
Diagnósticos de enfermería:
- Déficit de autocuidado: baño*
- Gestión ineficaz de la propia salud*
Problemas con las relaciones sociales
Diagnósticos de enfermería:
- Deterioro de la interacción social*
- Deterioro de la comunicación verbal*
Problemas cognitivos
Problemas con el humor depresivo
Insomnio*

\* Variables con una relación estadísticamente significativa con la presencia de VR-TPP

## IV.4 Propuesta de una nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP

---

El objetivo último del proceso de derivación conceptual que se llevó a cabo en la primera fase de este estudio, y que se ha presentado en las secciones anteriores, era identificar un concepto o constructo relacionado con el pensamiento y la cognición que fuera compatible con la definición de diagnóstico de enfermería y que plasmara de forma eficaz un problema susceptible de la intervención de enfermería, además de identificar las características definitorias y sus posibles factores relacionados.

En este apartado, en primer lugar, se presentará el análisis realizado del diagnóstico de enfermería VR-TPP. Seguidamente, se describirá el planteamiento de cada uno de los elementos de la nueva versión del diagnóstico TPP. Se concluirá ilustrando esta nueva versión del diagnóstico TPP que pasó a ser validada en la siguiente fase de este proyecto.

### 1. Análisis del diagnóstico de enfermería VR-TPP

En base a la revisión conceptual realizada, se analizó la versión del diagnóstico de enfermería VR-TPP que fue retirado de la Clasificación NANDA-I, para lo cual se presentan de nuevo todos sus componentes.

**Tabla 52. Componentes del diagnóstico VR-TPP**

<b>Etiqueta</b>	Trastorno de los procesos de pensamiento
<b>Definición</b>	<i>“Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas”</i>
<b>Características definitorias</b>	Disonancia cognitiva, facilidad para distraerse, egocentrismo, hipervigilancia, hipovigilancia, interpretación inexacta del entorno, pensamiento inapropiado y déficit de memoria
<b>Factores relacionados</b>	Pendientes de desarrollo

*(NANDA International, 2010, p. 402)*

Como se puede ver la definición del diagnóstico hace referencia a operaciones y actividades cognitivas en general, sin especificar o nombrar ningún dominio concreto de la función cognitiva. Por su parte, las características definitorias propuestas aluden a alteraciones en distintos dominios. La literatura ha puesto de manifiesto que existen muchas dificultades a la hora de interpretar esta definición y sus características definitorias en la práctica clínica.

Varios autores han hecho propuestas para completar dicha definición y proponen distintos parámetros para la valoración de la presencia del diagnóstico. Carpenito (2003) completa la definición del diagnóstico aclarando que el trastorno de los procesos de pensamiento es *“el estado en el que una persona experimenta un trastorno de actividades mentales tales como el*

*pensamiento consciente, la orientación respecto a la realidad, la resolución de problemas, el juicio y la comprensión*” (p. 590). En el manual de Wilkinson y Ahern (2008) y el de Luis Rodrigo (2008) se especifica que las actividades cognitivas alteradas en los pacientes con VR-TPP incluyen pensamientos conscientes, orientación de la realidad, resolución de problemas y juicio. Como criterios específicos de valoración de la presencia del diagnóstico, Luis Rodrigo (2008) propone los siguientes parámetros relacionados con la función cognitiva: orientación y capacidad para: la conceptualización intelectual, la comunicación verbal, valorar la situación, solucionar problemas cotidianos, llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Hall (1988) con el fin de proporcionar una guía para la valoración en pacientes con demencias, sugiere una serie de síntomas conductuales identificables en pacientes con el diagnóstico de enfermedad trastorno de los procesos de pensamiento. En lo que el clasifica como pérdidas cognitivas o intelectuales incluye los siguientes síntomas: pérdida de memoria (*loss of memory*), pérdida del sentido temporal (*loss of time sense*), incapacidad para la abstracción (*inability to abstract*), incapacidad para realizar elecciones o tomar decisiones (*inability to make choices and decisions*), incapacidad para razonar y solucionar problemas (*inability to reason and problem solve*), capacidad de juicio empobrecida (*poor judgment*), percepciones alteradas (*altered perceptions*) y pérdida de la habilidad lingüística (*loss of language abilities*) (Hall, 1988, p. 31).

Glick (1993) sugiere que el diagnóstico de enfermedad VR-TPP hace referencia a la alteración de una o varias de las operaciones mentales interdependientes como son la atención, memoria, lenguaje, percepción espacial y las funciones mentales superiores. En la valoración de los procesos de pensamiento de los pacientes, según apuntan Ninos y Makohon (1985), se debe tener en cuenta la correcta interpretación de estímulos y evaluación de la realidad. Estos autores analizan la valoración del estado funcional de los pacientes con demencia. Enfatizan la importancia de la valoración de los procesos de pensamiento, ya que su alteración puede derivar en conductas que pueden ser problemáticas tanto para los profesionales de enfermería, como para los familiares.

Analizando estos planteamientos a la luz de la revisión conceptual presentada en los apartados anteriores, se puede advertir que tanto la definición y las características definitorias del diagnóstico VR-TPP como las propuestas para completarla realizadas por los distintos autores parecen abarcar diferentes procesos cognitivos o dominios de la función cognitiva. Sin embargo, se ha podido ver que conceptualmente la cognición y la función cognitiva son constructos más amplios que el pensamiento.

El pensamiento es uno de los diferentes procesos cognitivos complejos definidos en psicología y abarca dominios de la función cognitiva muy concretos, no todos. Comparando los diagnósticos de enfermería existentes con las dimensiones de la función cognitiva identificadas anteriormente (tabla 53) queda patente que existen etiquetas diagnósticas relacionadas con las diferentes dimensiones de las funciones cognitivas. Con relación al pensamiento existen dos etiquetas (*disposición para mejorar la toma de decisiones* (00184) y *planificación ineficaz de actividades* (00199)) que hacen referencia a actividades mentales concretas implicadas en el proceso de pensamiento. Sin embargo, actualmente y tras la exclusión de VR-TPP, no existe ningún diagnóstico de enfermería que ilustre la alteración del pensamiento como proceso cognitivo complejo en su totalidad, tal y como si sucede con otros procesos cognitivos complejos (ej. memoria). Así parece necesario, la inclusión en la clasificación de una etiqueta que plasme este ámbito de problema.

**Tabla 53. Diagnósticos de enfermería referentes a las dimensiones de la función cognitiva**

Dimensiones de la función cognitiva	Diagnósticos de enfermería
Nivel de conciencia	--
Atención	00123 Desatención unilateral 00127 Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno (planeada su eliminación de la clasificación)
Memoria	00131 Deterioro de la memoria
Percepción	00122 Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cenestésica, gustativa, táctil, olfatoria) (Retirado de la clasificación)
Habilidades psicomotoras	
Pensamiento Función ejecutiva	00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones 00199 Planificación ineficaz de actividades
Función cognitiva global	00128 Confusión crónica 00129 Confusión aguda

Por todo ello, queda patente la necesidad de elaborar un diagnóstico de enfermería cuyos componentes (etiqueta, definición, características definitorias, factores relacionados) definan claramente y delimiten conceptualmente un fenómeno de salud o respuesta humana específicamente relacionada con los problemas en el proceso de pensamiento, mejorando y ampliando la versión retirada de VR-TPP.

## 2. Planteamiento del nuevo núcleo diagnóstico

Considerando todo lo presentado y argumentado, parecía necesario plantear un nuevo núcleo (concepto) diagnóstico que plasmara de forma precisa y clara la respuesta humana asociada a la alteración del proceso de pensamiento. Este núcleo diagnóstico será el punto de partida para la creación de la nueva versión del diagnóstico TPP.

La culminación del proceso de derivación conceptual consistió en seleccionar un concepto del campo alternativo (psicología; medicina) y redefinir dicho concepto para adaptarlo a la disciplina de enfermería. El concepto seleccionado fue **“Proceso de pensamiento”**. Su adaptación a la disciplina de enfermería consistió en describir un nuevo diagnóstico de enfermería y todos sus componentes cuyo núcleo era: “proceso de pensamiento”.

Como se ha explicado, se buscó una mayor clarificación conceptual sobre el constructo pensamiento explorando la bibliografía en psicología y medicina y, a modo de síntesis, se elaboró el modelo conceptual presentado. Este modelo representa el concepto de pensamiento como proceso, sus rasgos/atributos, sus tres dimensiones y los elementos que las componen. Dichas dimensiones están interrelacionadas. Viendo el pensamiento como un proceso, los procesos de categorización y razonamiento serían fases mediadoras que hacen posible el resultado final del proceso de pensamiento que es la resolución de problemas. El proceso de pensamiento tiene lugar a nivel interno, y cuando existe una alteración es necesario observar la conducta del paciente para detectarla. Así, la respuesta humana observable resultante del trastorno del proceso de pensamiento se basará en todas aquellas manifestaciones observables a través del comportamiento, discurso o lenguaje del paciente que indiquen que existe una alteración en alguna de las dimensiones o atributos del pensamiento entendido como un proceso.

De este modo, se pretendió elaborar un diagnóstico de enfermería cuyos componentes (etiqueta, definición, características definitorias, factores relacionados) definan claramente y delimiten conceptualmente un fenómeno de salud o respuesta humana específicamente relacionada con los problemas en el proceso de pensamiento, mejorando y ampliando la versión retirada de VR-TPP. A continuación, se presenta la propuesta inicial del nuevo diagnóstico de enfermería y sus componentes, que posteriormente se sometió a un proceso de validación de contenido.

### 3. Desarrollo de los elementos de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP

#### Desarrollo de la etiqueta

Para desarrollar la etiqueta se tuvieron en consideración los ejes 1 y 3 que componen un diagnóstico de enfermería NANDA-I:

- **Eje 1 Núcleo diagnóstico:**

El núcleo diagnóstico es *“el elemento principal o la parte fundamental y esencial, la raíz del concepto diagnóstico. Describe la “respuesta humana” o experiencia que constituye el corazón del diagnóstico”* (Herdman, 2012, p.55).

Opciones consideradas para el núcleo diagnóstico:

- Procesos **de** pensamiento
- Proceso **de** pensamiento
- Procesos **del** pensamiento

Finalmente se seleccionó: proceso de pensamiento. Se prefirió el uso del singular en la palabra “proceso” al considerar que así el núcleo diagnóstico resultaba más específico y concreto e ilustraba mejor el concepto de pensamiento entendido como un proceso cognitivo complejo.

- **Eje 3 Juicio:**

*“Un juicio es un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del núcleo diagnóstico”* (Herdman, 2012, p.59).

Los descriptores propuestos por la NANDA-I que se consideraron más relevantes en este caso fueron: *disfuncional* (funcionamiento anormal); *ineficaz* (que no produce el efecto deseado o pretendido); *desorganizado* (dispuesto o controlado incorrectamente); *deteriorado* (dañado, debilitado); *trastornado* (agitado, interrumpido, interferido por algo).

#### Opciones propuestas para la etiqueta diagnóstica

Combinando el eje 1 y el eje 3 resultan varias opciones. Estas fueron presentadas al panel de expertos para que las puntuaran según su orden de preferencia:

1. Proceso de pensamiento disfuncional
2. Proceso de pensamiento ineficaz
3. Proceso de pensamiento desorganizado

4. Deterioro del proceso de pensamiento
5. Trastorno del proceso de pensamiento

### Definición

Como resultado del proceso de derivación conceptual, la definición formulada inicialmente fue:

*Trastorno de la función cognitiva en su dimensión función ejecutiva caracterizada por un déficit en las actividades mentales implicadas en la categorización, el razonamiento y la resolución de problemas.*

Tras la prueba piloto y contraste con los directores de tesis, la definición que finalmente se mostró al panel de expertos fue:

*Trastorno del funcionamiento cognitivo en su dimensión función ejecutiva caracterizado por un déficit en las actividades mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.*

### Características definitorias

Junto con las características definitorias propuestas, se desarrollo una definición operativa de cada una de ellas. Según Grant y Kinney (1991) una definición operativa completa el significado de un concepto detallando las actividades o procedimientos necesarios para su valoración o medición. Estos autores argumentan que completar las características definitorias con definiciones operativas tiene numerosos beneficios como el aumento de la fiabilidad y validez de los datos o facilitar la replicación de investigación.

En la tabla 54 se presentan las características definitorias que fueron extraídas de la revisión conceptual y revisión bibliográfica realizadas y su respectiva definición operativa. Ilustrando el proceso llevado a cabo, en el anexo 12 se presenta la lista de características definitorias en conexión con las referencias bibliográficas de las que fueron identificadas. También se incluyen en este anexo las referencias relativas a las definiciones operativas formuladas.



Tabla 54. Características definitorias de la propuesta

Características definitorias
<p><b>Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada</b>  <i>Definición: Se observa falta de coherencia y lógica en el flujo de pensamiento a través de su discurso.</i></p>
<p><b>Expresa pensamientos no basados en la realidad</b>  <i>Definición: Expresa ideas o razonamientos inusuales o inverosímiles o que no están basados en lo que ocurre verdaderamente (ideas delirantes).</i></p>
<p><b>Alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción</b>  <i>Definición: Se observa dificultad para la elaboración de conceptos o para extraer ideas generales e identificar las cualidades específicas de realidades concretas, objetos específicos o ejemplos reales.</i></p>
<p><b>Alteración de la capacidad de juicio</b>  <i>Definición: Disminución de la habilidad para discernir y evaluar entre diferentes opciones y sus consecuencias.</i></p>
<p><b>Incapacidad para la planificación de actividades</b>  <i>Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.</i></p>
<p><b>Incapacidad para la toma de decisiones</b>  <i>Definición: Verbaliza o se observa dificultad para realizar una elección entre opciones, llevar a cabo la elección, y evaluar los efectos de la elección.</i></p>
<p><b>Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas</b>  <i>Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para encontrar soluciones a problemas o cuestiones identificando y analizando los factores, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando una solución elegida.</i></p>
<p><b>Dificultad para el afrontamiento</b>  <i>Verbaliza o se observa incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.</i></p>
<p><b>Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad</b>  <i>Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para desempeñar los roles propios de su edad como la búsqueda y mantenimiento de un empleo, la emancipación, el formar una familia, la participación activa en la sociedad, etc.</i></p>
<p><b>Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria</b>  <i>Definición: Verbaliza o se observa dificultad para llevar a cabo tareas que permiten a la persona mantener su independencia en la comunidad como el mantenimiento del hogar, el uso del teléfono o el transporte, el manejo de la medicación, la administración de dinero, etc.</i></p>
<p><b>Dependencia para la actividades básicas de la vida diaria</b>  <i>Definición: Verbaliza o se observa falta de autonomía para actividades relacionadas con el autocuidado y la movilidad como el aseo, el vestido, la alimentación, el uso inodoro, la movilidad y deambulación, etc.</i></p>
<p><b>Capacidad limitada para el control de impulsos</b>  <i>Definición: En su comportamiento se observa un patrón de reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones.</i></p>
<p><b>No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones</b>  <i>Definición: Verbaliza ideas que indican una interpretación inexacta o inadecuada de los estímulos internos y/o externos.</i></p>
<p><b>Susplicacia</b>  <i>Definición: A través de su discurso se observa una tendencia excesiva a mostrarse desconfiado o sospechar en situaciones cotidianas.</i></p>
<p><b>Obsesiones</b>  <i>Verbaliza o se observa la presencia de pensamientos o ideas persistentes con los que la mente está continua e involuntariamente preocupada y que sugieren un acto irracional.</i></p>
<p><b>Fobias</b>  <i>Definición: Verbaliza un miedo excesivo y persistente provocado por un objeto o situación, sin fundamentos sólidos o aceptados como razonables.</i></p>
<p><b>Dificultad para la comunicación verbal</b>  <i>Definición: Se observa una disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.</i></p>
<p><b>Capacidad limitada para las relaciones sociales</b>  <i>Definición: Verbaliza o se observa una cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.</i></p>
<p><b>Respuesta emocional inapropiada a la situación</b>  <i>Definición: Manifestación de emociones o sentimientos que son incongruentes o inconsistentes con la situación presente.</i></p>
<p><b>Conductas agresivas</b>  <i>Definición: Se observa un riesgo de conductas en la que la persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para otros.</i></p>

En la tabla 55 aparece el fundamento conceptual de las características definitorias de la propuesta, en la que se relaciona cada una con el segmento del modelo conceptual correspondiente.

**Tabla 55. Fundamento conceptual de las características definitorias**

Características identificadas	Base conceptual
Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada Expresa pensamientos no basados en la realidad	Rasgos o atributos del proceso de pensamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenido</li> <li>- Curso y forma</li> <li>- Ritmo</li> </ul>
Alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción	Dominios o componentes del proceso de pensamiento: CATEGORIZACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Generación de conceptos/ideas</li> <li>- Organización y relación entre conceptos/ideas: creación de categoría</li> </ul>
Demuestra incapacidad para evaluar las situaciones y para anticipar las consecuencias del propio comportamiento	Dominios o componentes del proceso de pensamiento: RAZONAMIENTO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emisión de juicios</li> <li>- Discernimiento (<i>insight</i>)</li> <li>- Reflexión</li> </ul>
Planificación ineficaz de actividades Incapacidad para la toma de decisiones Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas Afrontamiento ineficaz	Dominios o componentes del proceso de pensamiento: RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento del problema</li> <li>- Planificación de la solución</li> <li>- Toma de decisiones</li> <li>- Evaluación del resultado</li> </ul>
Incapacidad para desempeñar roles sociales adecuados a su edad Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria Dependencia para la actividades básicas de la vida diaria Control de impulsos ineficaz	El proceso de pensamiento está dirigido a alcanzar una meta o solución.  Resultado global y consecuencias de su alteración
No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones Susplicacia Fobias	El proceso de pensamiento permite al hombre entender lo que le rodea; media entre el estímulo y la respuesta <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procesamiento información</li> <li>- Interpretación estímulos</li> </ul>
Deterioro de la comunicación verbal Deterioro de la interacción social Respuesta emocional inapropiada a la situación Riesgo de violencia	El proceso de pensamiento es un proceso interno que debe ser valorado a través de la conducta y el lenguaje

### Factores relacionados

También se incluyó una definición operativa para cada uno de los factores relacionados de la propuesta. En la tabla 56 se presentan los factores relacionados que fueron identificados en la revisión conceptual y bibliográfica realizadas y su respectiva definición operativa. Ilustrando el proceso llevado a cabo, en el anexo 13 se presenta la lista de factores relacionados en conexión con las referencias bibliográficas correspondientes. También se incluyen en este anexo las referencias relativas a las definiciones operativas formuladas.

Tabla 56. Factores relacionados de la propuesta

Factores relacionados
<p><b>Psicológicos:</b></p> <p><b>Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)</b>  Definición: Trastorno de los procesos psicológicos relacionados con la sensación, percepción, atención, concentración, memoria e imaginación.</p> <p><b>Desorientación en tiempo, espacio y/o persona</b>  Definición: Estado de confusión mental caracterizado por una percepción inadecuada o incorrecta de lugar, tiempo o identidad.</p> <p><b>Confusión aguda o crónica</b>  Definición: Trastornos de la conciencia, atención, conocimiento, percepción, memoria, orientación y/o de la conducta que pueden ser de inicio brusco y reversibles o irreversibles y de larga duración.</p> <p><b>Alucinaciones</b>  Definición: Percepción sensorial que no se origina a partir de un estímulo externo. Pueden ser sensoriales (auditivas, gustativas, olfativas, táctiles o visuales), cenestésicas, cinéticas o motrices, y psíquicas o pseudoalucinaciones.</p> <p><b>Ansiedad</b>  Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.</p> <p><b>Afrontamiento ineficaz</b>  Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.</p>
<p><b>Fisiopatológicos:</b></p> <p><b>Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)</b>  Definición: Daño orgánico o funcional del tejido cerebral.</p> <p><b>Trastornos neurodegenerativos (p. ej. demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.)</b>  Definición: Enfermedades que producen una degeneración crónica y progresiva a nivel neurológico.</p> <p><b>Alteración de los órganos de los sentidos</b>  Definición: Alteración de la función de los órganos implicados en la percepción sensorial (p. ej. ojos, oídos, etc.).</p> <p><b>Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)</b>  Definición: Enfermedades que producen una alteración en el estado mental con síntomas a nivel cognitivo, conductual y/o emocional.</p> <p><b>Insomnio</b>  Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.</p> <p><b>Abuso de sustancias</b>  Definición: Falta de control en el uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol.</p> <p><b>Trastornos bioquímicos</b>  Definición: Alteraciones en la función y equilibrio a nivel químico y molecular del organismo (p. ej. alteraciones en el equilibrio electrolítico).</p>
<p><b>Situacionales:</b></p> <p><b>Temor/Miedo</b>  Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</p> <p><b>Duelo</b>  Definición: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.</p> <p><b>Duelo complicado</b>  Definición: Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.</p> <p><b>Aislamiento social</b>  Definición: Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.</p> <p><b>Deprivación sensorial</b>  Definición: Ausencia o carencia de estímulos suficientes en el entorno.</p> <p><b>Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)</b>  Definición: Situaciones en que la persona está expuesta a condiciones adversas de gravedad que pueden producir shocks emocionales o traumas psíquicos.</p> <p><b>Dolor</b>  Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain).</p> <p><b>Efectos secundarios del tratamiento</b>  Definición: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente y relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento (p. ej. somnolencia asociada al consumo de fármacos neurolépticos).</p>
<p><b>De maduración:</b></p> <p><b>Edad avanzada</b>  Definición: Resultado del deterioro en la edad madura y avanzada de numerosas funciones corporales.</p>

#### **4. Planteamiento inicial de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP**

A continuación, se presenta la propuesta inicial de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP, con todos sus componentes, tal y como fue presentada al panel de expertos en la siguiente fase del estudio para su validación.

## Propuesta de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP

Etiqueta diagnóstica (opciones planteadas)	
Proceso de pensamiento disfuncional	Deterioro del proceso de pensamiento
Proceso de pensamiento ineficaz	Trastorno del proceso de pensamiento
Proceso de pensamiento desorganizado	
Definición	
Trastorno del funcionamiento cognitivo en su dimensión función ejecutiva caracterizado por un déficit en las actividades mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.	
Características definitorias	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada</li> <li>Expresa pensamientos no basados en la realidad</li> <li>Alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción</li> <li>Alteración de la capacidad de juicio</li> <li>Incapacidad para la planificación de actividades</li> <li>Incapacidad para la toma de decisiones</li> <li>Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas</li> <li>Dificultad para el afrontamiento</li> <li>Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad</li> <li>Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria</li> <li>Capacidad limitada para el control de impulsos</li> <li>No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones</li> <li>Susplicacia</li> <li>Obsesiones</li> <li>Fobias</li> <li>Dificultad para la comunicación verbal</li> <li>Capacidad limitada para las relaciones sociales</li> <li>Respuesta emocional inapropiada a la situación</li> <li>Conductas agresivas</li> </ol>
Factores relacionados	
<p><b>Psicológicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)</li> <li>Desorientación en tiempo, espacio y/o persona</li> <li>Confusión aguda o crónica</li> <li>Alucinaciones</li> <li>Ansiedad</li> <li>Afrontamiento ineficaz</li> </ol> <p><b>Fisiopatológicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)</li> <li>Trastornos neurodegenerativos (p. ej. demencia, enfermedad de Parkinson, etc.)</li> <li>Alteración de los órganos de los sentidos</li> <li>Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)</li> <li>Insomnio</li> <li>Abuso de sustancias</li> <li>Trastornos bioquímicos</li> </ol>	<p><b>Situacionales:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Temor/Miedo</li> <li>Duelo</li> <li>Duelo complicado</li> <li>Aislamiento social</li> <li>Deprivación sensorial</li> <li>Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)</li> <li>Dolor</li> <li>Efectos secundarios del tratamiento</li> </ol> <p><b>De maduración:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Edad avanzada</li> </ol>

# Resultados Fase II: Validación de contenido

---

## IV.5 Proceso de validación de contenido

---

En este apartado de resultados se van a presentar los análisis correspondientes al proceso de validación desarrollado mediante la técnica Delphi de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP. En primer lugar se ofrecerá una descripción de las características de los miembros del panel de expertos. A continuación, se presentarán los resultados de la fase Delphi con la consulta y búsqueda de consenso por parte de los panelistas con relación a los elementos del diagnóstico de enfermería propuesto. Posteriormente, se describirá la aplicación del modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring en los elementos del diagnóstico que hayan sido consensuados previamente por el panel de expertos. También, se revelarán los resultados del análisis factorial. Finalmente, se detallarán las categorías temáticas obtenidas tras el análisis cualitativo de la pregunta abierta planteada a los panelistas sobre la utilidad y relevancia del diagnóstico TPP en la práctica clínica.

## 1. Miembros del panel de expertos

El correo electrónico dando acceso al cuestionario de la primera ronda se envió a 115 expertos potenciales. De ellos, respondieron un total de 106. A la segunda ronda respondieron 100 panelistas y a la tercera 92.

Con el fin de comprobar si todos los participantes cumplían los criterios de selección establecidos, se realizó un análisis de los datos pertinentes (estos son: estudios, formación sobre diagnósticos de enfermería, experiencia laboral y con los diagnósticos de enfermería). De esta forma, se identificó a 11 personas que se habían prestado a participar pero que, según los datos que habían facilitado, no cumplían con alguno de los requisitos para ser considerado como experto y formar parte del panel. Sus respuestas fueron excluidas de los análisis posteriores, aunque, por cortesía, se les continuó enviando las rondas sucesivas del cuestionario. En la Tabla 57 se ilustra la tasa de respuesta en cada una de las rondas.

**Tabla 57. Tasa de respuesta**

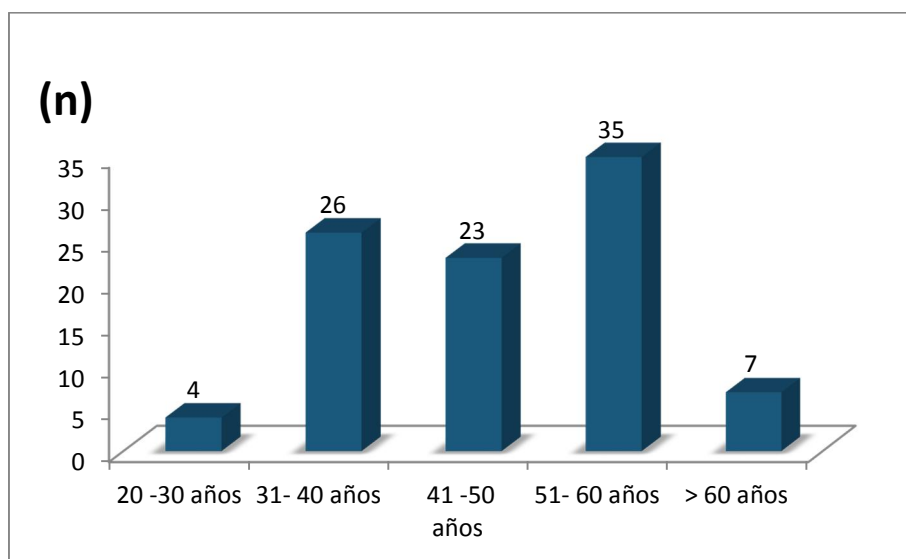
	Correos electrónicos de acceso al cuestionario enviados N	Respuestas totales n (%)	Respuestas de panelistas que cumplían los criterios n (%)
<b>1ª Ronda</b>	115	106 (92,17)	95 (82,61)
<b>2ª Ronda</b>	106	100 (94,34)	91 (85,85)
<b>3ª Ronda</b>	100	92 (92%)	84 (84%)



### Características socio-demográficas de los panelistas

De los 95 expertos que conformaban el panel en la ronda 1, el 74,74% (n=71) eran mujeres y el 25,26% (n=24) hombres. La edad media de los panelistas fue  $46,86 \pm 9,80$  años, con un rango entre 26 y 67 años. El país de procedencia de la mayoría de los panelistas (n=92) fue España. Tres de ellos provenían de diferentes países latinoamericanos (Ecuador, Colombia y México). En la figura 14 aparece el gráfico que representa la distribución según los intervalos de edad. Como se puede observar, los grupos más numerosos son aquellos comprendidos entre los 31 y 60 años de edad.

Figura 14. Distribución por intervalos de edad



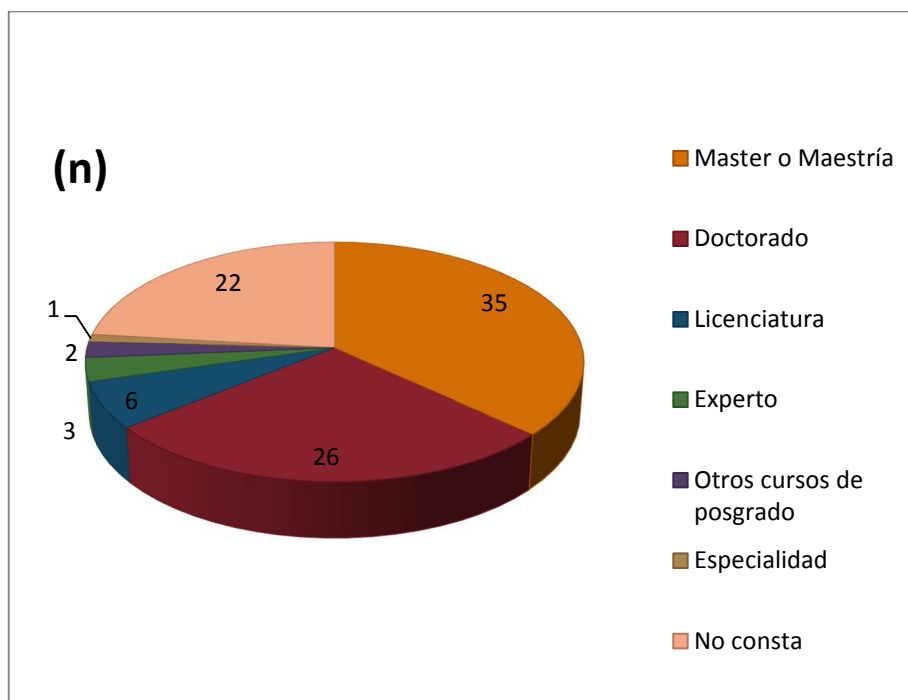
Con relación a los estudios universitarios, la media de años desde la obtención del título de enfermería por parte de los miembros del panel fue de  $24,11 \pm 9,84$  (rango 5-45). En la tabla 58 se describen los intervalos de frecuencias de esta variable, pudiéndose observar como la mayoría de los panelistas obtuvieron el título de enfermería entre 15 y 34 años antes.

Tabla 58. Intervalos de frecuencia de la variable años desde la obtención del título de enfermería

Intervalos	n	%
5- 14 años	16	16,8
15-24 años	33	34,7
25-34 años	30	31,6
35 -45 años	16	16,8
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

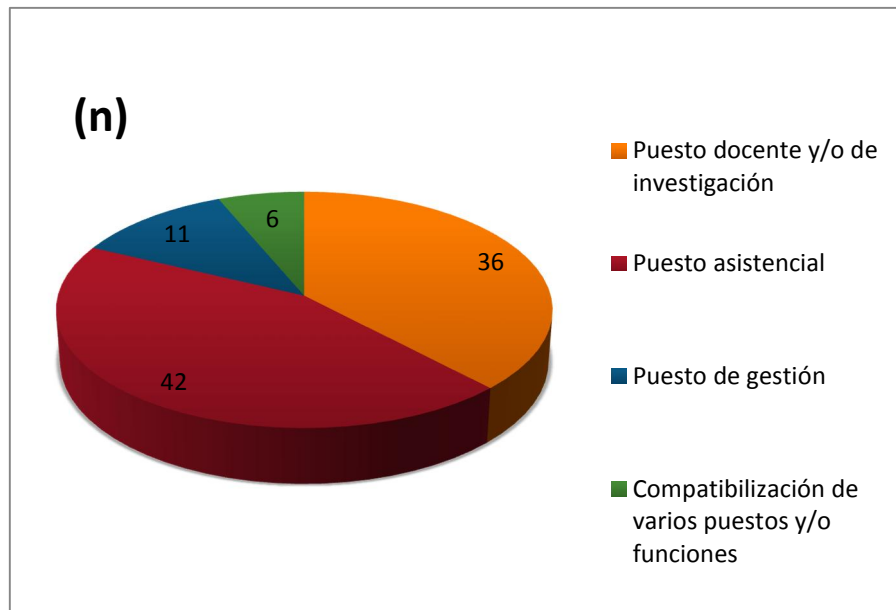
En la figura 15 se ilustran los datos sobre los estudios de posgrado de los participantes. Como se puede apreciar, cerca del 65% (n=61) tenía estudios de máster o doctorado.

Figura 15. Estudios de posgrado de los panelistas



Respecto al tipo de institución en el que desarrollaban su actividad profesional, el 58,95% (n=56) trabajaba en centros sanitarios, el 34,74% (n=33) en instituciones académicas y el 6,32% (n=6) compatibilizaba su actividad en ambos tipos de entidades. Tal y como aparece en la figura 16, la mayoría de los panelistas ocupaban puestos como enfermeras asistenciales o puestos docentes y/o de investigación. Una menor proporción de ellos estaba en cargos de gestión y un pequeño grupo combinaba varias actividades profesionales, compatibilizando labores docentes y asistenciales, o labores asistenciales y de investigación o labores de gestión, formación y de investigación. Entre los miembros del panel, el tiempo medio de permanencia en su puesto actual era de  $14,99 \pm 9,58$  años (rango 1-35 años).

Figura 16. Puestos ocupados por los miembros del panel



### Subgrupos de expertos dentro del panel

Como se explica en el bloque de Metodología, dado la naturaleza del diagnóstico de enfermería TPP, se buscó que el panel estuviera compuesto por dos perfiles diferentes de expertos. Un grupo de profesionales de enfermería considerados expertos en diagnósticos de enfermería y metodología enfermera, en principio, procedentes del mundo académico (Expertos Académicos) y otro grupo considerados expertos en salud mental ligados a la asistencia de pacientes con patología psiquiátrica (Expertos en Salud Mental).

Por un lado, se identificaron 49 panelistas con perfil de experto académico. En la tabla 59 se muestran los datos relativos a los criterios de selección aplicados a este subgrupo. Se puede ver que casi la mitad de los expertos académicos tenía una titulación superior al nivel de máster o licenciatura solicitado. Además, se puede observar que este subgrupo había recibido una amplia formación sobre metodología enfermera y diagnósticos de enfermería de diversas fuentes y recursos. Por otra parte, queda patente la dilatada experiencia docente y producción científica con relación a los diagnósticos de enfermería de este grupo de expertos.

Tabla 59. Características de los 49 panelistas con perfil de experto académico

<b>Titulación académica</b>		
<i>Criterio mínimo establecido: nivel máster o licenciatura</i>		
<b>Nivel académico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Máster o Maestría	22	44,9
Licenciatura	2	4,1
Doctorado	24	49
No consta	1	2
<b>Formación específica sobre metodología enfermera y diagnósticos de enfermería</b>		
<i>Criterio mínimo establecido: asistencia a un curso o conferencia</i>		
<b>Medios de formación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Durante la carrera, formación de posgrado o especialidad	26	53,1
Cursos de formación continuada o en el centro de trabajo	30	61,2
Asistencia a congresos o conferencias relacionadas	41	83,7
Autoestudio: lectura de artículos científicos o libros	40	81,6
Otros	4	8,2
<b>Experiencia relativa al uso de metodología enfermera y diagnósticos de enfermería (demostrada mediante producción científica o docencia impartida)</b>		
<b>Docencia impartida</b>		
<i>Criterio mínimo establecido: 360 horas</i>		
<b>Experiencia en docencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	45	91,8
NO	4	8,2
<b>Nº aproximado de horas impartidas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<360	22	44,9
Entre 360 y 700	3	6,1
Entre 701 y 1000	3	6,1
Entre 1000 y 5000	4	8,2
Más de 10 años de experiencia en docencia relacionada	11	22,4
No consta	6	12,2
<b>Producción científica</b>		
<i>Criterio mínimo establecido: 1 artículo o comunicación</i>		
<b>Participación en publicaciones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	46	93,9
NO	3	6,11
<b>Nº de publicaciones (incluyendo artículos, comunicaciones, manuales, capítulos de libros, tesis, etc.)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Entre 1 y 5	24	45
Entre 6 y 10	7	14,3
Más de 10	15	30,6
No consta	3	6,1

El número de panelistas con un perfil de experto en salud mental fue de 46. En la tabla 60 se resumen las características de estos participantes de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos para este subgrupo. Como ocurre con el perfil académico, los panelistas expertos en salud mental superan ampliamente los requisitos mínimos solicitados, mostrando una extensa experiencia clínica en el ámbito de salud mental y en la aplicación de la taxonomía NANDA-I a su práctica asistencial.

**Tabla 60. Características de los 46 panelistas con perfil de experto en salud mental**

Titulación académica		
<i>Criterio mínimo establecido: Especialidad de Enfermería en salud mental</i>		
<b>Especialidad en Salud Mental</b>	N=46	
	Media= 10,71	
<b>Años desde obtención de la Especialidad</b>	DE= 9,26	
	Rango= 5-34	
Experiencia en salud mental		
<i>Criterio mínimo establecido: 5 años</i>		
<b>Años de experiencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Entre 5 y 10	10	21,7
Entre 11 y 15	8	17,4
Entre 16 y 20	5	10,9
Más de 20	12	26,1
No consta	11	23,9
<b>Ámbito de experiencia en salud mental</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atención a adultos	45	90
Atención infanto- juvenil	3	6
No consta	2	4
Experiencia en el uso de metodología enfermera y diagnósticos de enfermería en la práctica asistencial		
<i>Criterio mínimo establecido: 1 año</i>		
<b>Años de experiencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Entre 2 y 5	16	34,8
Entre 6 y 10	14	30,4
Más de 10 años	10	21,7
No consta	6	13,0

Aunque no eran criterios de selección para el subgrupo de expertos en salud mental, en la tabla 61 se ofrece información sobre la formación, docencia impartida y producción científica de los panelistas con este perfil. Todos ellos, a excepción de uno, recibieron formación específica sobre metodología y diagnósticos de enfermería, y más de la mitad de ellos ha impartido docencia relacionada o ha participado en alguna publicación sobre el tema. Estos datos refuerzan su perfil de expertos, ya que no sólo cuentan con experiencia en el cuidado de pacientes con patología psiquiátrica, también demuestran tener conocimientos tanto a nivel teórico como práctico sobre metodología enfermera y diagnósticos de enfermería.

Tabla 61. Formación y experiencia con los diagnósticos de enfermería de los expertos en salud mental

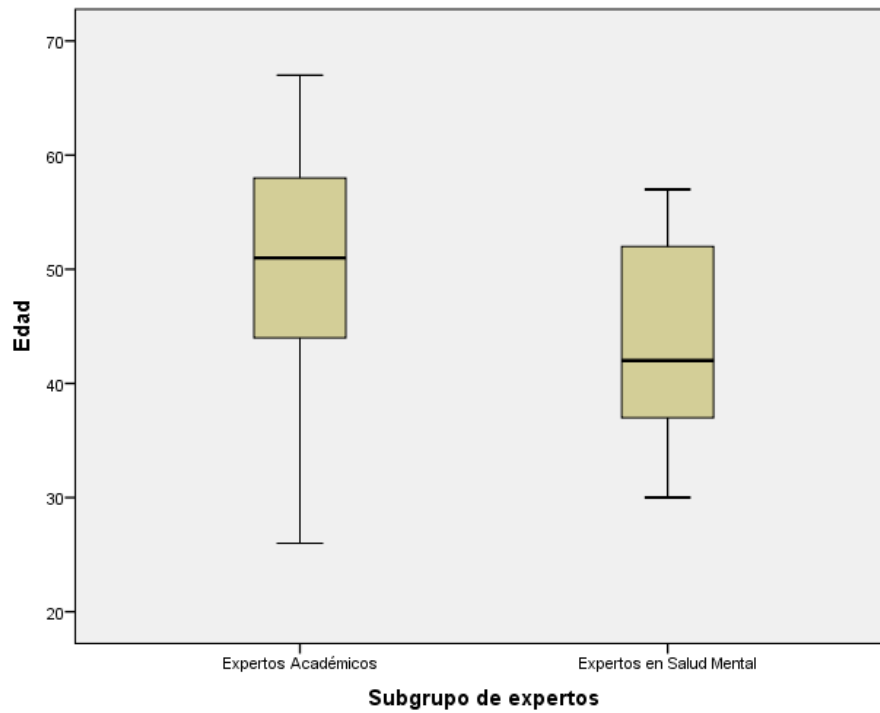
Formación específica sobre metodología enfermera y diagnósticos de enfermería		
<b>Participación en formación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	45	97,8
NO	1	2,2
<b>Formación recibida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Durante la carrera, formación de posgrado o especialidad	24	52,2
Cursos de formación continuada o en el centro de trabajo	37	80,4
Asistencia a congresos o conferencias relacionadas	24	52,2
Autoestudio: lectura de artículos científicos o libros	28	60,9
Otros	4	6,5
Docencia impartida		
<b>Experiencia en docencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	25	54,3
NO	21	45,6
<b>Nº aproximado de horas impartidas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Entre 1 y 20	6	13,0
Entre 21 y 50	6	13,0
Entre 51 y 100	8	17,4
Más de 100	5	10,9
Producción científica		
<b>Participación en publicaciones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SI	27	58,7
NO	19	41,3
<b>Nº de publicaciones (incluyendo artículos, comunicaciones, manuales, capítulos de libros, tesis, etc.)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Entre 1 y 5	17	37
Entre 6 y 10	7	15,2
Más de 10	3	6,5

Se analizaron posibles diferencias entre ambos subgrupos con relación a la edad y los años desde la obtención del título de Enfermería. En la tabla 62 se describe la media y desviación estándar para dichas variables en cada grupo de expertos. La figura 17 corresponde al diagrama de cajas comparando la variable edad entre ambos subgrupos. Este gráfico ilustra la diferencia entre los dos perfiles, mostrando que los expertos en salud mental tienden a tener menor edad que los expertos académicos. El test de U de Mann-Whitney señaló una diferencia estadísticamente significativa entre ambos subgrupos respecto a la variable edad ( $p=0,001$ ).

Tabla 62. Comparación de variables entre subgrupos

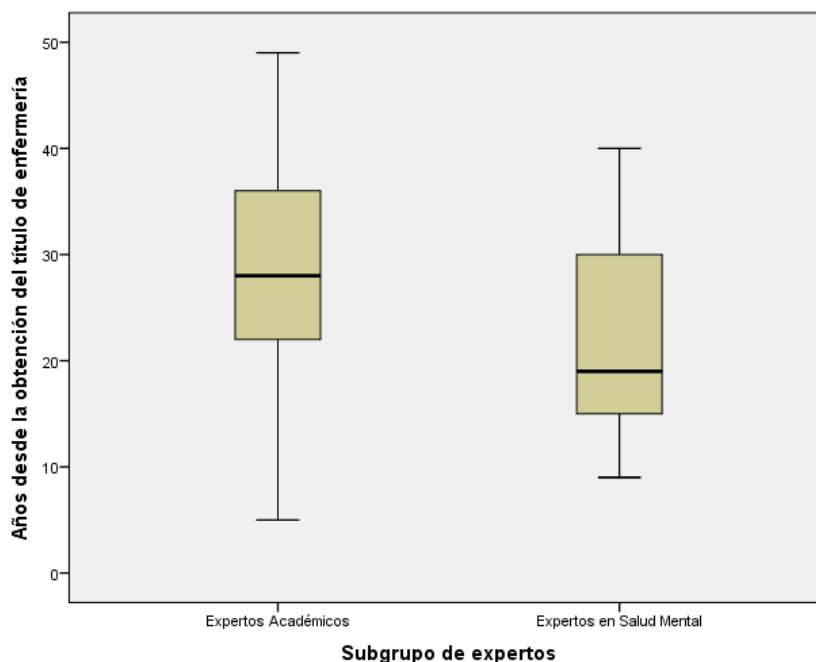
	Expertos Académicos Media ( $\pm$ DE)	Expertos en Salud Mental Media ( $\pm$ DE)	Significación U de Mann-Whitney
<b>Edad</b>	50 ( $\pm$ 9,88)	43,52 ( $\pm$ 8,62)	$p=0,001$
<b>Años desde obtención del título de enfermería</b>	27,55 ( $\pm$ 11,06)	21,09 ( $\pm$ 8,42)	$p=0,004$

Figura 17. Comparación de la variable edad entre subgrupos



En la figura 18 se presenta el diagrama de cajas que compara la variable años desde la obtención del título de enfermería entre ambos subgrupos de expertos. Al igual que en la variable edad, se aprecia una diferencia considerable entre ambos subgrupos, con un menor número de años desde la obtención del título de enfermería entre los expertos en salud mental. El resultado del test U de Mann Whitney indicó una diferencia significativa ( $p=0,004$ ) entre ambos subgrupos para dicha variable (Tabla 62).

Figura 18. Comparación de la variable años desde la obtención del título de enfermería entre subgrupos



Complementariamente, se aplicó el test Chi-cuadrado para confirmar la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos con relación a la participación en publicaciones sobre metodología y/o diagnósticos de enfermería (Tabla 63).

Tabla 63. Diferencias entre los subgrupos de expertos con relación a la participación en publicaciones

	Con publicaciones sobre DE	Sin publicaciones sobre DE	Total
Expertos Académicos	93,9%	6,1%	100%
<i>Residuos tipificados corregidos</i>	4,1	-4,1	
Expertos Salud Mental	58,7%	41,3%	100%
<i>Residuos tipificados corregidos</i>	-4,1	4,1	
<b>Chi-cuadrado=16,503 p=0,000</b>			
<i>DE: Diagnósticos de enfermería</i>			

### Actitud de los panelistas hacia los diagnósticos de enfermería

De forma adicional, se valoró la actitud de los panelistas hacia los diagnósticos de enfermería, mediante la EPADE en su versión en castellano (Romero-Sánchez et al., 2013). El rango de puntuaciones de este instrumento está entre 0 y 140. Entre los miembros del panel, la media de la puntuación obtenida en la escala fue de 107,49 ( $\pm 21,62$ ) puntos. En la tabla 64 se presentan las puntuaciones según los cuatro intervalos establecidos. Considerando que a



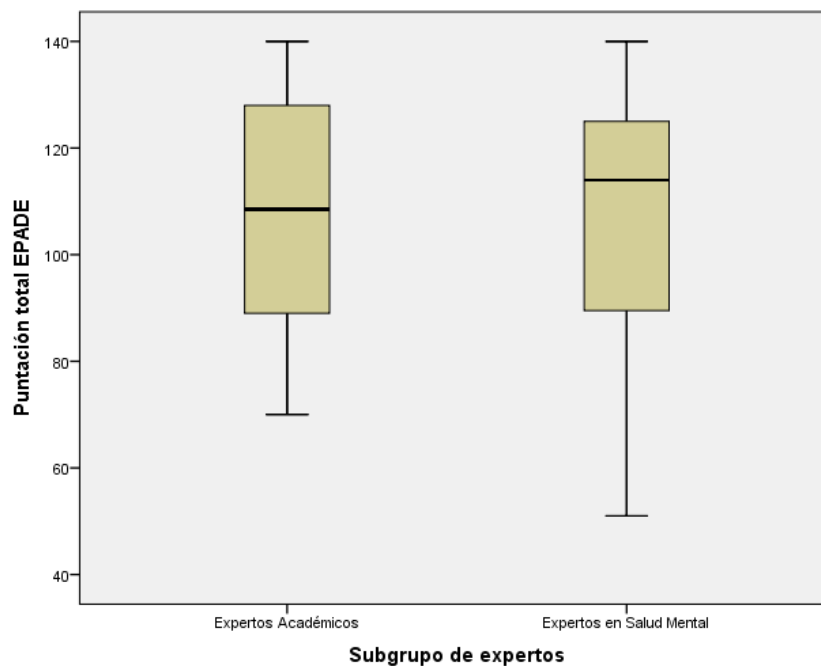
mayor puntuación mejor actitud ante los diagnósticos de enfermería y que el valor neutral se considera 80 (Romero-Sánchez et al., 2013), los resultados obtenidos sugieren que el panel mostraba una actitud muy positiva hacia los diagnósticos de enfermería.

**Tabla 64. Intervalos de puntuación EPADE**

Cuartiles	Intervalos de puntuación	n (%)
Q <sub>1</sub>	0-35	0
Q <sub>2</sub>	36-70	3 (3,3 %)
Q <sub>3</sub>	71-105	38 (41,8 %)
Q <sub>4</sub>	106-140	50 (54,9 %)

Se examinaron posibles diferencias respecto a la puntuación de la EPADE en cada uno de los subgrupos de expertos dentro del panel. Tal y como se puede apreciar en la figura 19 y la tabla 65, las medias en la puntuación de la EPADE son similares en ambos subgrupos. Complementariamente, el test U de Mann Whitney certificó que no existían diferencias significativas entre ambos grupos de expertos con relación a la puntuación de la EPADE ( $p=0,802$ ).

**Figura 19. Comparación de la puntuación de la EPADE entre subgrupos**



Cabe destacar que en el gráfico se puede observar que en el subgrupo de expertos en salud mental existe una mayor dispersión de los datos causada por la presencia de puntuaciones más bajas en este grupo (figura 19). En líneas generales, por tanto, ambos subgrupos de expertos mantenían una actitud similar y bastante positiva hacia los diagnósticos de

enfermería. No obstante, aquellos panelistas con una actitud más negativa hacia los diagnósticos de enfermería pertenecían al subgrupo de expertos en salud mental.

**Tabla 65. Comparación de la puntuación de la EPADE entre subgrupos de expertos**

	<b>Expertos Académicos Media (±DE)</b>	<b>Expertos en Salud Mental Media (±DE)</b>	<b>Significación U de Mann-Whitney</b>
<b>Puntuación EPADE</b>	108,3 (±22,1)	107,4 (±20,9)	p=0,802

Por otro lado, se exploraron posibles diferencias entre la puntuación de la EPADE con relación al sexo, no encontrando resultados significativos al respecto (Tabla 66).

**Tabla 66. Comparación de la puntuación de la EPADE entre sexos**

	<b>Mujeres Media (±DE)</b>	<b>Hombres Media (±DE)</b>	<b>Significación U de Mann-Whitney</b>
<b>Puntuación EPADE</b>	105,9 (±23,2)	113,7(±13,4)	p=0,258

## 2. Respuestas de los panelistas sobre los elementos del diagnóstico de enfermería TPP -Técnica Delphi

### Etiqueta del diagnóstico de enfermería

Para valorar las diferentes opciones propuestas para la etiqueta del diagnóstico se les pidió a los panelistas que las numeraran según su orden de preferencia. En las tablas 67, 68 y 69 se ilustran las respuestas de los miembros del panel con relación a la etiqueta en cada una de las rondas.

Como se puede observar en la tabla 67, de las cinco opciones ofrecidas en la primera ronda, la etiqueta por la que menos preferencia mostraron los panelistas fue “Proceso de pensamiento desorganizado”. Sólo un 23,16% (n=22) la seleccionó como primera o segunda opción. Por este motivo, dicha etiqueta fue eliminada en la segunda ronda. Tras la ronda 2, los panelistas expresaron una mayor preferencia por las etiquetas “Proceso de pensamiento disfuncional” y “Trastorno del proceso de pensamiento” (tabla 68). La etiqueta “Proceso de pensamiento disfuncional” fue escogida por un 52,75% (n=48) de los panelistas como primera o segunda opción y la etiqueta “Trastorno del proceso de pensamiento” por un 68,17% (n=62). Así, en la tercera ronda se les pidió a los panelistas que eligieran entre una de estas dos etiquetas.

Como se describe en la tabla 69, la opción preferida por la mayoría de los panelistas (63,10%; n=53) fue “Trastorno del proceso de pensamiento”.

**Tabla 67. Respuestas sobre la etiqueta en Ronda 1 (n=95)**

Orden de preferencia	1 <i>Más adecuada</i>		2		3		4		5 <i>Menos adecuada</i>	
	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%
	Proceso de pensamiento disfuncional	17	17,89	25	26,32	24	25,26	14	14,74	15
Proceso de pensamiento ineficaz	17	17,89	16	16,84	12	12,63	17	17,89	33	34,74
Proceso de pensamiento desorganizado	11	11,58	11	11,58	27	28,42	30	31,58	16	16,84
Deterioro del proceso de pensamiento	15	15,79	23	24,21	17	17,89	22	23,16	18	18,95
Trastorno del proceso de pensamiento	37	38,95	15	15,79	6	6,32	13	13,68	24	25,26

**Tabla 68. Respuestas sobre la etiqueta en Ronda 2 (n=91)**

Orden de preferencia	1 <i>Más adecuada</i>		2		3		4 <i>Menos adecuada</i>	
	n	%	N	%	n	%	n	%
	Proceso de pensamiento disfuncional	21	23,08	27	29,67	24	26,37	19
Proceso de pensamiento ineficaz	11	12,09	23	25,27	21	23,08	36	39,56
Deterioro del proceso de pensamiento	19	20,88	20	21,98	29	31,87	23	25,27
Trastorno del proceso de pensamiento	44	48,35	18	19,78	9	9,89	20	21,98

**Tabla 69. Respuestas sobre la etiqueta en Ronda 3 (n=84)**

	n	%
Trastorno del proceso de pensamiento	53	63,10
Proceso de pensamiento disfuncional	31	36,90

Algunos de los panelistas realizaron comentarios y sugerencias sobre las etiquetas propuestas en cada una de las rondas. En la ronda 1, a nivel general, dos de ellos comentaron que sería necesario formular diagnósticos más específicos que las etiquetas propuestas. Por el contrario, otro participante sugirió la posibilidad de enunciar una etiqueta más general que pudiera englobar las diferentes características definitorias que se pudieran encontrar. Con relación a cada una de las etiquetas propuestas, se contabilizaron 7 comentarios a favor de la etiqueta “Trastorno del proceso de pensamiento” y uno en contra. Los comentarios positivos sobre esta opción iban en la línea de que el descriptor “trastorno” es más general e implica una respuesta alterada de forma reversible sobre la que el profesional de enfermería puede actuar. El resto de etiquetas recibieron menos comentarios. Para la etiqueta “Proceso de pensamiento ineficaz” se registró un comentario a favor y otro en contra, para la etiqueta “Deterioro del proceso de pensamiento” dos comentarios a favor y para la etiqueta “Proceso de pensamiento disfuncional” uno en contra.

Los comentarios aportados por los panelistas en la ronda 2 incluían una manifestación a favor de la etiqueta “Trastorno del proceso de pensamiento”, otra a favor de “Deterioro del proceso de pensamiento”, dos a favor de “Proceso de pensamiento disfuncional” y tres a favor de “Proceso de pensamiento ineficaz”. Con relación a estas dos últimas, los expertos comentaron que consideraban que los descriptores “disfuncional” o “ineficaz” eran más generales e implicaban una respuesta alterada abordable por los profesionales de enfermería. En el caso de la etiqueta “Proceso de pensamiento disfuncional”, un panelista comentó: *“parece que el término “disfuncional” podría ser el más apropiado para indicar que el proceso de pensamiento no funciona de forma adecuada”*.

En la ronda 3, fueron 6 los panelistas que manifestaron su preferencia sobre la etiqueta “Trastorno del proceso de pensamiento” con comentarios como que les resultaba más clara y familiar. Por otro lado, 6 miembros del panel de expertos explicaron que prefieren la etiqueta “Proceso de pensamiento disfuncional” porque consideran que ilustra un problema susceptible de atención enfermera al implicar una alteración de la función y que la palabra “trastorno” por el contrario puede simbolizar un problema más médico.

En las rondas 2 y 3, un participante expresa su inquietud más a nivel general, sobre si el diagnóstico de enfermería propuesto, puede ser realmente un diagnóstico de enfermería considerando que, según manifiesta, puede no tener factores relacionados sobre los que *“la enfermera pueda intervenir y solucionar el problema de forma independiente”* y que *“la enfermera no puede solucionar este problema de forma autónoma y precisará del equipo multidisciplinar para hacerlo. Para mí se trataría de un problema de salud interdisciplinar y nunca de un diagnóstico”*.

### Definición del diagnóstico de enfermería

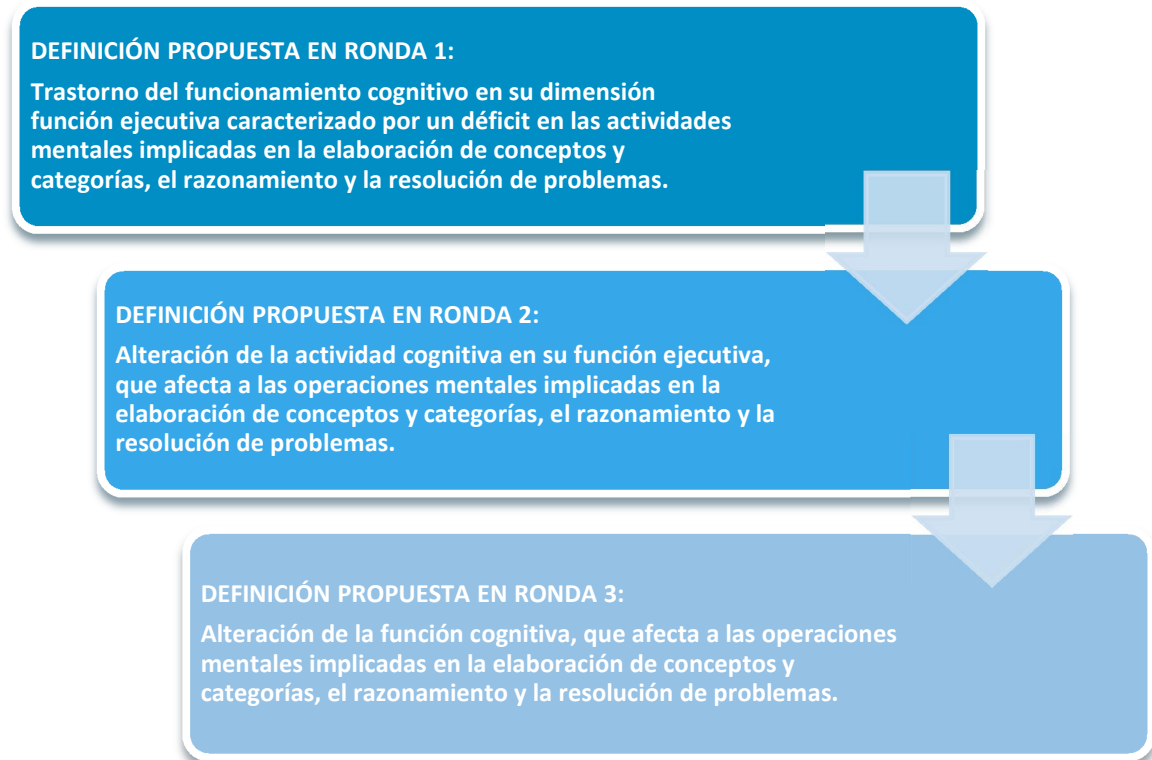
Como se ha comentado en el bloque de Metodología, para conocer la opinión de los panelistas sobre la definición propuesta y llegar al consenso, se les pidió que la puntuaran de acuerdo a si, en su opinión, describía de forma clara y precisa el fenómeno de salud recogido en la etiqueta diagnóstica<sup>13</sup>.

Como se ha explicado anteriormente, la definición planteada en la ronda 1 fue la elaborada a partir del proceso de desarrollo conceptual de la primera fase del estudio. Para las rondas 2 y 3

<sup>13</sup> Escala para la valoración de la definición: 0=nada clara y precisa; 1=poco clara y precisa; 2=algo clara y precisa; 3=suficientemente clara y precisa; 4=bastante clara y precisa; 5= muy clara y precisa; 6=completamente clara y precisa.

la definición fue modificada en base a las sugerencias planteadas por los panelistas en las rondas 1 y 2. En la figura 20 se ilustra la evolución de la definición a lo largo de las 3 rondas.

Figura 20. Evolución de la definición a lo largo de las rondas



En las tablas 70, 71 y 72 se presenta una síntesis de las categorías temáticas obtenidas tras el análisis de contenido de los comentarios de los panelistas sobre la definición en cada una de las rondas.

Tabla 70. Comentarios sobre la definición en Ronda 1

DEFINICIÓN RONDA 1	
Trastorno del funcionamiento cognitivo en su dimensión función ejecutiva caracterizado por un déficit en las actividades mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.	
Comentarios	Sugerencias de redacción
La definición es difícil de entender (n=4)	Eliminar/modificar la expresión "dimensión función ejecutiva" (n=8)
La definición es muy buena definición diagnóstica (n=3)	Omitir/Cambiar el término "déficit" (n=4)
Sugerencia para incluir algún elemento adicional en la definición (n=2)	Modificaciones en signos de puntuación y orden (n=3)
La definición engloba demasiados elementos (n=2)	Cambiar el término "categorías" (n=1)
	Cambiar el término "trastorno" (n=1)

*n: número de panelistas que realizaron un comentario dentro de la categoría temática correspondiente.*

Tabla 71. Comentarios sobre la definición en Ronda 2

DEFINICIÓN RONDA 2	
Alteración de la actividad cognitiva en su función ejecutiva, que afecta a las operaciones mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.	
Comentarios	Sugerencias de redacción
Definición clara pero incluye conceptos complicados, por lo que resulta algo difícil de entender (n=3)	Eliminar/modificar la expresión "dimensión función ejecutiva" (n=6)
La definición es completa y clara (n=2)	Expresión "actividad cognitiva" considerada confusa (n=1)
Sugerencia para incluir algún elemento adicional en la definición (n=3)	Sugerencia para definición más corta (n=1)

*n: número de panelistas que realizaron un comentario dentro de la categoría temática correspondiente.*

Tabla 72. Comentarios sobre la definición en Ronda 3

DEFINICIÓN RONDA 3	
Alteración de la función cognitiva, que afecta a las operaciones mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.	
Comentarios	Sugerencias de redacción
Definición clara pero incluye conceptos complicados, por lo que resulta algo difícil de entender (n=1)	Suprimir el término "categoría" (n=1)
La definición es clara y precisa (n=2)	
Definición clara pero no enuncia un diagnóstico de enfermería (n=1)	

*n: número de panelistas que realizaron un comentario dentro de la categoría temática correspondiente.*

En la tabla 73 se describen las puntuaciones otorgadas por los panelistas a la definición en cada una de las rondas. De la primera ronda a la tercera se observa un incremento de las puntuaciones, implicando una valoración cada vez más positiva de la definición. Tal y como se ilustra en la tabla 74, en la ronda 3 se alcanzó el consenso entre los miembros del panel, según los parámetros establecidos, sobre que la definición describe de forma clara y precisa el fenómeno de salud recogido en la etiqueta diagnóstica bajo estudio.

Tabla 73. Puntuaciones otorgadas a la definición en Rondas 1, 2 y 3

	0		1		2		3		4		5		6	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Definición R1 (n=95)	2	2,11	4	4,21	11	11,58	21	22,11	26	27,37	27	28,42	4	4,21
Definición R2 (n=91)	1	1,10	2	2,20	3	3,30	12	13,19	26	28,57	38	41,76	9	9,89
Definición R3 (n=84)	0	0	0	0	1	1,2	4	4,8	19	22,60	34	40,50	26	31

*R= ronda*

Tabla 74. Consenso sobre la definición en Rondas 1, 2 y 3

	p25	p50	p75	RI	% en RI	CONSENSO*
Ronda 1	3	4	5	2	77,90	NO
Ronda 2	4	5	5	1	70,33	NO
Ronda 3	4	5	6	2	94,10	SI

\* Criterios de consenso: RI ≤ 2; RI ≠ 3; % en RI ≥ 75%

### Características definitorias

Siguiendo con el proceso de consenso y validación, se plantearon 20 características definitorias con su respectiva definición operativa y se pidió a los panelistas que las puntuaran de acuerdo a la escala correspondiente<sup>14</sup>. En base a los criterios definidos, tal y como se ilustra en la tabla 76, se alcanzó el consenso entre los panelistas para 5 características definitorias en la ronda 1, para 8 características en la ronda 2 y para 2 en la ronda 3. De las 20 características definitorias propuestas, para 5 de ellas no se obtuvo el consenso, tras las 3 rondas (Tabla 75).

Tabla 75. Características definitorias para las que no se obtuvo consenso

#### CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS SIN CONSENSO

##### **CD 3. Alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción**

Definición: Se observa dificultad para la elaboración de conceptos o para extraer ideas generales e identificar las cualidades específicas de realidades concretas, objetos específicos o ejemplos reales.

##### **CD 8. Dificultad para el afrontamiento**

Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

##### **CD 11. Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria**

Definición: Verbaliza o se observa falta de autonomía para actividades relacionadas con el autocuidado y la movilidad como el aseo, el vestido, la alimentación, el uso inodoro, la movilidad y deambulación, etc.

##### **CD 18. Capacidad limitada para las relaciones sociales**

Definición definitiva: Verbaliza o se observa una cantidad insuficiente, excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

##### **CD 20. Conductas agresivas**

Definición definitiva: Se observan conductas en la que la persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para otros.

<sup>14</sup> Escala para la valoración de las características definitorias: 0 = Nada indicativa del diagnóstico; 1 = Poco indicativa; 2 = Algo indicativa; 3 = Suficientemente indicativa; 4 = Bastante indicativa; 5 = Muy indicativa; 6 = Completamente indicativa del diagnóstico

Tabla 76. Consenso entre las características definitorias del diagnóstico de enfermería

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	CONSENSO		
	RONDA 1	RONDA 2	RONDA 3
<b>CD 1. Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada</b> Definición: Se observa falta de coherencia y lógica en el flujo de pensamiento a través de su discurso.	●		
<b>CD 2. Expresa pensamientos no basados en la realidad</b> Definición: Expresa ideas o razonamientos inusuales o inverosímiles o que no están basados en lo que ocurre verdaderamente (ideas delirantes).		●	
<b>CD 4. Alteración de la capacidad de juicio</b> Definición: Verbaliza o se observa disminución de la habilidad para discernir y evaluar entre diferentes opciones y sus consecuencias.	●		
<b>CD 5. Incapacidad para la planificación de actividades</b> Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.		●	
<b>CD 6. Incapacidad para la toma de decisiones</b> Definición: Verbaliza o se observa dificultad para realizar una elección entre opciones, llevar a cabo la elección, y evaluar los efectos de la elección.	●		
<b>CD 7. Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas</b> Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para encontrar soluciones a problemas o cuestiones identificando y analizando los factores, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando una solución elegida.	●		
<b>CD 9. Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad</b> Definición definitiva: Verbaliza o se observa capacidad disminuida o no adquirida para desempeñar los roles propios de su edad como la búsqueda y mantenimiento de un empleo, la emancipación, el formar una familia, la participación activa en la sociedad, etc.			●
<b>CD 10. Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria</b> Definición: Verbaliza o se observa dificultad para llevar a cabo tareas que permiten a la persona mantener su independencia en la comunidad como el mantenimiento del hogar, el uso del teléfono o el transporte, el manejo de la medicación, la administración de dinero, etc.		●	
<b>CD 12. Capacidad limitada para el control de impulsos</b> Definición: En su comportamiento se observa un patrón de reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones.		●	
<b>CD 13. No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones</b> Definición: Verbaliza ideas que indican una interpretación inexacta o inadecuada de los estímulos internos y/o externos.	●		
<b>CD 14. Suspiciencia</b> Definición definitiva: A través de su discurso o conducta se observa una tendencia excesiva a mostrarse desconfiado o sospechar en situaciones cotidianas.			●
<b>CD 15. Obsesiones</b> Definición definitiva: Verbaliza o se observa la presencia de pensamientos o ideas persistentes con los que la mente está continua e involuntariamente preocupada y que pueden llevar a un acto irracional.		●	
<b>CD 16. Fobias</b> Definición definitiva: Verbaliza o se observa un miedo excesivo y persistente provocado por un objeto o situación, sin fundamentos sólidos o aceptados como razonables.		●	
<b>CD 17. Dificultad para la comunicación verbal</b> Definición definitiva: Se observa una disminución o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos, y de la capacidad para expresar los pensamientos de forma clara y coherente.		●	
<b>CD 19. Respuesta emocional inapropiada a la situación</b> Definición: Manifestación de emociones o sentimientos que son incongruentes o inconsistentes con la situación presente.		●	



En la tabla 77 se describen las puntuaciones obtenidas en cada una de las rondas para cada característica definitoria. Siguiendo la pauta fijada, una vez que una característica definitoria alcanzaba el consenso ya no era puntuada de nuevo en las rondas siguientes.

**Tabla 77. Puntuaciones de las características definitorias en Rondas 1, 2 y 3**

		0		1		2		3		4		5		6	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CD1	R1	0	0,00	1	1,05	3	3,16	7	7,37	13	13,68	31	32,63	40	42,11
	R2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD2	R1	1	1,05	0	0,00	3	3,16	9	9,47	8	8,42	25	26,32	49	51,58
	R2	1	1,10	1	1,10	1	1,10	3	3,30	14	15,38	40	43,96	31	34,07
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD3	R1	0	0,00	1	1,05	3	3,16	15	15,79	20	21,05	36	37,89	20	21,05
	R2	0	0,00	0	0,00	2	2,20	10	10,99	17	18,68	50	54,95	12	13,19
	R3	0	0,00	1	1,19	2	2,38	8	9,52	9	10,71	52	61,90	12	14,29
CD4	R1	0	0,00	0	0,00	2	2,11	10	10,53	23	24,21	27	28,42	33	34,74
	R2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD5	R1	0	0,00	1	1,05	3	3,16	18	18,95	13	13,68	30	31,58	30	31,58
	R2	0	0,00	0	0,00	5	5,49	9	9,89	15	16,48	36	39,56	26	28,57
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD6	R1	0	0,00	1	1,05	3	3,16	10	10,53	11	11,58	33	34,74	37	38,95
	R2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD7	R1	0	0,00	0	0,00	2	2,11	12	12,63	17	17,89	32	33,68	32	33,68
	R2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD8	R1	3	3,16	7	7,37	6	6,32	20	21,05	20	21,05	18	18,95	21	22,11
	R2	1	1,10	1	1,10	7	7,69	16	17,58	24	26,37	32	35,16	10	10,99
	R3	1	1,19	2	2,38	3	3,57	8	9,52	18	21,43	39	46,43	13	15,48
CD9	R1	1	1,05	4	4,21	12	12,63	10	10,53	18	18,95	27	28,42	23	24,21
	R2	1	1,10	0	0,00	4	4,40	12	13,19	17	18,68	40	43,96	17	18,68
	R3	1	1,19	1	1,19	2	2,38	12	14,29	13	15,48	31	36,90	24	28,57
CD10	R1	1	1,05	5	5,26	9	9,47	13	13,68	16	16,84	20	21,05	31	32,63
	R2	0	0,00	1	1,10	3	3,30	14	15,38	11	12,09	38	41,76	24	26,37
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD11	R1	1	1,05	6	6,32	11	11,58	21	22,11	13	13,68	20	21,05	23	24,21
	R2	0	0,00	3	3,30	7	7,69	17	18,68	15	16,48	22	24,18	27	29,67
	R3	1	1,19	2	2,38	7	8,33	14	16,67	12	14,29	27	32,14	21	25,00
CD12	R1	1	1,05	3	3,16	10	10,53	18	18,95	17	17,89	21	22,11	25	26,32
	R2	0	0,00	1	1,10	4	4,40	12	13,19	18	19,78	33	36,26	23	25,27
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD13	R1	1	1,05	0	0,00	2	2,11	9	9,47	19	20,00	32	33,68	32	33,68
	R2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD14	R1	2	2,11	5	5,26	8	8,42	16	16,84	14	14,74	22	23,16	28	29,47
	R2	1	1,10	0	0,00	7	7,69	16	17,58	10	10,99	34	37,36	23	25,27
	R3	1	1,19	2	2,38	3	3,57	11	13,10	10	11,90	36	42,86	21	25,00
CD15	R1	0	0,00	4	4,21	5	5,26	14	14,74	15	15,79	31	32,63	26	27,37
	R2	0	0,00	1	1,10	4	4,40	10	10,99	14	15,38	33	36,26	29	31,87
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD16	R1	2	2,11	4	4,21	3	3,16	19	20,00	13	13,68	25	26,32	29	30,53
	R2	1	1,10	0	0,00	4	4,40	15	16,48	12	13,19	36	39,56	23	25,27
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD17	R1	0	0,00	2	2,11	8	8,42	20	21,05	10	10,53	26	27,37	29	30,53
	R2	0	0,00	0	0,00	2	2,20	12	13,19	17	18,68	33	36,26	27	29,67
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD18	R1	0	0,00	5	5,26	6	6,32	18	18,95	17	17,89	25	26,32	24	25,26
	R2	0	0,00	2	2,20	3	3,30	9	9,89	22	24,18	37	40,66	18	19,78
	R3	0	0,00	1	1,19	1	1,19	9	10,71	11	13,10	42	50,00	20	23,81
CD19	R1	0	0,00	2	2,11	8	8,42	15	15,79	13	13,68	27	28,42	30	31,58
	R2	0	0,00	0	0,00	4	4,40	10	10,99	12	13,19	34	37,36	31	34,07
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD20	R1	0	0,00	7	7,37	8	8,42	18	18,95	13	13,68	22	23,16	27	28,42
	R2	1	1,10	0	0,00	7	7,69	18	19,78	15	16,48	28	30,77	22	24,18
	R3	1	1,19	0	0,00	5	5,95	16	19,05	9	10,71	30	35,71	23	27,38

CD: Característica definitoria; R: Ronda

En la tabla 78 se ilustran estos criterios de consenso<sup>15</sup> para cada una de las características definitorias en las diferentes rondas.

**Tabla 78. Consenso sobre las características definitorias en Rondas 1, 2 y 3**

		p25	p50	p75	RI	% en RI	CONSENSO
CD1	R1	4	5	6	2	88,42	SI
	R2	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-
CD2	R1	5	6	6	1	77,89	NO
	R2	5	5	6	1	78,02	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
CD3	R1	4	5	5	1	58,95	NO
	R2	4	5	5	1	73,63	NO
	R3	5	5	5	0	61,90	NO
CD4	R1	4	5	6	2	87,37	SI
	R2	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-
CD5	R1	4	5	6	2	76,84	NO
	R2	4	5	6	2	84,62	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
CD6	R1	4	5	6	2	85,26	SI
	R2	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-
CD7	R1	4	5	6	2	85,26	SI
	R2	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-
CD8	R1	3	4	5	2	61,05	NO
	R2	3	4	5	2	74,73	NO
	R3	4	5	5	1	67,86	NO
CD9	R1	3	5	5	2	57,89	NO
	R2	4	5	5	1	62,64	NO
	R3	4	5	6	2	80,95	SI
CD10	R1	3	5	6	3	84,21	NO
	R2	4	5	6	2	80,22	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
CD11	R1	3	4	5	2	58,95	NO
	R2	3	5	6	3	81,03	NO
	R3	3	5	6	3	88,10	NO
CD12	R1	3	4	6	3	85,26	NO
	R2	4	5	6	2	81,32	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
CD13	R1	4	5	6	2	87,37	SI
	R2	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-
CD14	R1	3	5	6	3	84,21	NO
	R2	3	5	6	3	91,20	NO
	R3	4	5	5,75	2	79,76	SI
CD15	R1	4	5	6	2	75,79	NO
	R2	4	5	6	2	76,25	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
CD16	R1	3	5	6	3	90,53	NO
	R2	4	5	6	2	78,02	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
CD17	R1	3	5	6	3	89,47	NO
	R2	4	5	6	2	84,62	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
CD18	R1	3	5	6	3	88,42	NO
	R2	5	5	5	1	64,84	NO
	R3	4	5	5	1	63,10	NO
CD19	R1	3	5	6	3	89,47	NO
	R2	4	5	6	2	84,62	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
CD20	R1	3	5	6	3	84,21	NO
	R2	3	5	5	2	67,03	NO
	R3	3	5	6	3	92,85	NO

CD: Característica definitoria; R: Ronda; p: percentil; RI: Rango intercuartílico

<sup>15</sup> Las condiciones marcadas para establecer el logro de consenso entre los panelistas fueron que el rango intercuartílico fuera igual o menor a 2 y que no englobara el valor 3. Además, se determinó que en la primera ronda el porcentaje de respuestas dentro del rango intercuartílico debía ser igual o mayor a 80, y en las rondas 2 y 3 igual o mayor a 75.

Tal y como se hizo con la definición, en base a los comentarios realizados por los panelistas sobre las diferentes características definitorias se realizaron algunas modificaciones en las definiciones operativas de algunas de ellas (tabla 79).

**Tabla 79. Modificaciones aplicadas a las características definitorias en las Rondas 1,2 y 3**

Característica definitoria planteada	Modificación realizada	Característica definitoria definitiva
<b>CD 9. Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad</b> Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para desempeñar los roles propios de su edad como la búsqueda y mantenimiento de un empleo, la emancipación, el formar una familia, la participación activa en la sociedad, etc.	Definición modificada tras 2ª ronda	<b>CD 9. Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad</b> Verbaliza o se observa <u>capacidad disminuida o no adquirida</u> para desempeñar los roles propios de su edad como la búsqueda y mantenimiento de un empleo, la emancipación, el formar una familia, la participación activa en la sociedad, etc.
<b>CD 14. Susplicacia</b> A través de su discurso se observa una tendencia excesiva a mostrarse desconfiado o sospechar en situaciones cotidianas.	Definición modificada tras 2ª ronda	<b>CD 14. Susplicacia</b> A través de su discurso <u>o conducta</u> se observa una tendencia excesiva a mostrarse desconfiado o sospechar en situaciones cotidianas.
<b>CD 15. Obsesiones</b> Verbaliza o se observa la presencia de pensamientos o ideas persistentes con los que la mente está continua e involuntariamente preocupada y que sugieren un acto irracional.	Definición modificada tras 1ª ronda	<b>CD 15. Obsesiones</b> Verbaliza o se observa la presencia de pensamientos o ideas persistentes con los que la mente está continua e involuntariamente preocupada <u>y que pueden llevar a un acto irracional.</u>
<b>CD 16. Fobias</b> Verbaliza un miedo excesivo y persistente provocado por un objeto o situación, sin fundamentos sólidos o aceptados como razonables.	Definición modificada tras 1ª ronda	<b>CD 16. Fobias</b> Verbaliza <u>o se observa</u> un miedo excesivo y persistente provocado por un objeto o situación, sin fundamentos sólidos o aceptados como razonables.
<b>CD 17. Dificultad para la comunicación verbal</b> Se observa una disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.	Definición modificada tras 1ª ronda	<b>CD 17. Dificultad para la comunicación verbal</b> Se observa una disminución <u>o carencia</u> de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos, <u>y de la capacidad para expresar los pensamientos de forma clara y coherente.</u>
<b>CD 18. Capacidad limitada para las relaciones sociales</b> Verbaliza o se observa una cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.	Definición modificada tras 1ª ronda	<b>CD 18. Capacidad limitada para las relaciones sociales</b> Verbaliza o se observa una cantidad insuficiente, <u>excesiva</u> o cualitativamente ineficaz de intercambio social.
<b>CD 20. Conductas agresivas</b> Se observa un riesgo de conductas en la que la persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para otros.	Definición modificada tras 1ª ronda	<b>CD 20. Conductas agresivas</b> Se <u>observan conductas en</u> la que la persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para otros.

Se recogieron numerosos comentarios sobre las características definitorias propuestas. Algunos comentarios valoraban las características definitorias de forma más global. Uno de los expertos apuntó que las características definitorias sugeridas abarcaban aspectos muy diferentes y otro panelista, por otro lado, sugería la introducción de algunas características adicionales. Uno de los miembros del panel manifestó su entusiasmo por la lista de características propuesta, comentando “Ojalá que pudiese utilizar ahora estas características

definitorias. De los pacientes que tengo ahora, en más de la mitad podría aplicar este diagnóstico, quedando muy bien definido lo que observo". Otro de los panelistas proponía la posibilidad de enunciar el diagnóstico de enfermería TPP como un síndrome, dado que algunas de las características definitorias incluidas corresponden a etiquetas diagnósticas existentes. No obstante, la mayoría de los comentarios realizados se referían específicamente a una o varias características definitorias. En las tablas 80 y 81 se resumen las categorías temáticas resultantes tras el análisis de contenido de estos comentarios.

**Tabla 80. Categorías temáticas de los comentarios sobre las características definitorias (CD1-CD10)**

Categoría temática	Ronda 1 (n)	Ronda 2 (n)	Ronda 3 (n)
<b>1. Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada</b>			
CD considerada como ambigua o poco clarificadora	1	-	-
Se entiendo mejor la definición que la propia CD	2	-	-
<b>2. Expresa pensamientos no basados en la realidad</b>			
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	1	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	1	-	-
CD considerada como secundaria	1	-	-
<b>3. Alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción</b>			
CD difícil de entender	1	-	-
<b>4. Alteración de la capacidad de juicio</b>			
CD considerada como ambigua o poco clarificadora	1	-	-
Esta CD se solapa conceptualmente con otra CD	2	-	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	-	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	1	-	-
Se entiendo mejor la definición que la propia CD	1	-	-
CD considerada como secundaria	1	-	-
<b>5. Incapacidad para la planificación de actividades</b>			
CD considerada como ambigua o poco clarificadora	1	-	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	3	-	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	1	-
<b>6. Incapacidad para la toma de decisiones</b>			
CD que coincide con otra etiqueta diagnóstica	2	-	-
Esta CD se solapa conceptualmente con otra CD	2	-	-
CD considerada más como una consecuencia que como una manifestación del diagnóstico	1	-	-
CD considerada como secundaria	1	-	-
<b>8. Dificultad para el afrontamiento</b>			
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	2	3	-
CD que coincide con otra etiqueta diagnóstica	3	1	-
CD más representativa de otros diagnósticos	-	1	-
CD considerada como secundaria	-	1	-
<b>9. Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad</b>			
CD que coincide con otra etiqueta diagnóstica	3	-	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	2	1	-
Esta CD se solapa conceptualmente con otra CD	1	-	-
Esta CD está englobada por otras CDs	1	-	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	1	1	-
CD considerada como secundaria	1	1	-
CD más representativa de otros diagnósticos	-	1	-
<b>10. Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria</b>			
CD que coincide con otra etiqueta diagnóstica	3	-	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	5	-	-
CD considerada como secundaria	1	1	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	1	-
CD más representativa de otros diagnósticos	2	-	-

*n*: indica el número de panelistas que hicieron un comentario relativo a dicha categoría temática; CD: característica definitoria

Tabla 81. Categorías temáticas de los comentarios sobre las características definitorias (CD11-CD20)

Categoría temática	Ronda 1 (n)	Ronda 2 (n)	Ronda 3 (n)
<b>11. Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria</b>			
CD que coincide con otra etiqueta diagnóstica	3	-	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	4	1	-
CD considerada como secundaria	1	1	1
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	1	-
CD más representativa de otros diagnósticos	-	4	-
<b>12. Capacidad limitada para el control de impulsos</b>			
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	3	1	-
CD considerada como secundaria	2	1	-
CD que coincide con otra etiqueta diagnóstica	1	-	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	1	-
CD más representativa de otros diagnósticos	-	1	-
<b>13. No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones</b>			
CD considerada como ambigua o poco clarificadora	1	-	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	-	-
CD considerada como secundaria	1	1	-
Esta CD se solapa conceptualmente con otra CD	1	-	-
<b>14. Susplicia</b>			
CD considerada como ambigua o poco clarificadora	2	-	-
CD que coincide con otra etiqueta diagnóstica	1	-	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	3	1
CD considerada como secundaria	3	2	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	1	-	-
<b>15. Obsesiones</b>			
CD considerada como ambigua o poco clarificadora	1	-	-
CD más representativa de otros diagnósticos	2	1	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	1	-
CD considerada como secundaria	1	2	-
<b>16. Fobias</b>			
CD considerada como ambigua o poco clarificadora	2	-	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	1	1	-
CD más representativa de otros diagnósticos	2	1	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	2	-	-
CD considerada como secundaria	1	1	-
<b>17. Dificultad para la comunicación verbal</b>			
CD que coincide con otra etiqueta diagnóstica	2	-	-
CD considerada como secundaria	2	1	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	-	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	1	1	-
CD más representativa de otros diagnósticos	1	-	-
<b>18. Capacidad limitada para las relaciones sociales</b>			
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	1	-
CD que coincide con otra etiqueta diagnóstica	1	-	-
Esta CD se solapa conceptualmente con otra CD	1	-	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	3	1	-
CD más representativa de otros diagnósticos	2	1	-
CD considerada como secundaria	1	1	-
Esta CD está englobada por otras CDs	-	1	-
<b>19. Respuesta emocional inapropiada a la situación</b>			
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	-	-
CD considerada como secundaria	4	2	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	2	2	-
<b>20. Conductas agresivas</b>			
Comentarios sobre la redacción de la definición	3	1	-
CD considerada como secundaria	2	1	-
CD no específica ni exclusiva de este diagnóstico	2	5	-
CD más representativa de otros diagnósticos	2	-	-
No considerada como CD del diagnóstico	-	1	1

*n*: indica el número de panelistas que hicieron un comentario relativo a dicha categoría temática; CD: característica definitoria

## Factores relacionados

En la tabla 82 se presentan los resultados relativos al acuerdo<sup>16</sup> los 23 factores relacionados planteados. Según a los criterios establecidos, se alcanzó el consenso entre los panelistas para 3 factores relacionados en la ronda 1, para 8 factores en la ronda 2 y para 2 en la ronda 3. En 10 de ellos no se obtuvo el consenso tras las 3 rondas (Tabla 83).

**Tabla 82. Consenso en los factores relacionados del diagnóstico de enfermería**

FACTORES RELACIONADOS	CONSENSO		
	RONDA 1	RONDA 2	RONDA 3
<b>FR 1. Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)</b> Definición: Trastorno de los procesos psicológicos relacionados con la sensación, percepción, atención, concentración, memoria e imaginación.		●	
<b>FR 2. Desorientación en tiempo, espacio y/o persona</b> Definición: Estado de confusión mental caracterizado por una percepción inadecuada o incorrecta de lugar, tiempo o identidad.		●	
<b>FR 3. Confusión aguda</b> Definición: Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.		●	
<b>FR 4. Alucinaciones</b> Definición: Percepción sensorial que no se origina a partir de un estímulo externo. Pueden ser sensoriales (auditivas, gustativas, olfativas, táctiles o visuales), cenestésicas, cinéticas o motrices, y psíquicas o pseudoalucinaciones.		●	
<b>FR 5. Ansiedad</b> Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.		●	
<b>FR 7. Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)</b> Definición: Daño orgánico y/o funcional del tejido cerebral		●	
<b>FR 8. Trastornos neurodegenerativos (p. ej. Demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.)</b> Definición: Enfermedades que producen una degeneración crónica y progresiva a nivel neurológico.		●	
<b>FR 10. Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)</b> Definición: Enfermedades que producen una alteración en el estado mental con síntomas a nivel cognitivo, conductual y/o emocional.	●		
<b>FR 12. Abuso de sustancias</b> Definición: Falta de control en el uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol.	●		
<b>FR 14. Temor/Miedo</b> Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.			●
<b>FR 19. Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)</b> Definición: Situaciones en que la persona está expuesta a condiciones adversas de gravedad que pueden producir shocks emocionales o traumas psíquicos.	●		
<b>FR 21. Efectos secundarios del tratamiento</b> Definición: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente y relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento (p. ej. somnolencia asociada al consumo de fármacos neurolépticos).		●	
<b>FR 23. Estrés</b> Definición: Conjunto de reacciones físicas, psicológicas y/o espirituales que se desencadenan en el organismo cuando éste se enfrenta de forma brusca o continuada con un agente nocivo, cualquiera que sea su naturaleza.			●

16 Escala para la valoración de los factores relacionados: 0 = Nada relacionado con el diagnóstico; 1= Poco relacionado; 2 = Algo relacionado; 3 = Suficientemente relacionado; 4 = Bastante relacionado; 5 = Muy relacionado; 6 = Completamente relacionado con el diagnóstico

Tabla 83. Factores relacionados para los que nos se obtuvo consenso

## FACTORES RELACIONADOS SIN CONSENSO

**FR 6. Afrontamiento ineficaz**

Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

**FR 9. Alteración de los órganos de los sentidos**

Definición: Alteración de la función de los órganos implicados en la percepción sensorial (p. ej. ojos, oídos, etc.).

**FR 11. Insomnio**

Definición: Trastorno de la cantidad y/o calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

**FR 13. Trastornos bioquímicos**

Definición: Alteraciones en la función y equilibrio a nivel químico y molecular del organismo (p. ej. alteraciones en el equilibrio electrolítico).

**FR 15. Duelo**

Definición: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

**FR 16. Duelo patológico**

Definición: Trastorno que ocurre tras una pérdida significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

**FR 17. Aislamiento social**

Definición: Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

**FR 18. Deprivación sensorial**

Definición: Ausencia o carencia de estímulos suficientes en el entorno.

**FR 20. Dolor**

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.

**FR 22. Envejecimiento**

Definición: Modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre las personas.

En las tablas 84 y 85 se describen las puntuaciones obtenidas en cada una de las rondas para cada factor relacionado. Siguiendo la pauta fijada, una vez que un factor relacionado alcanzaba el consenso ya no era valorado de nuevo en las rondas siguientes.

Tabla 84. Puntuaciones de los factores relacionados (FR1-FR6) en Rondas 1, 2 y 3

		0		1		2		3		4		5		6	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FR1	R1	7	7,37	1	1,05	4	4,21	8	8,42	11	11,58	26	27,37	38	40,00
	R2	3	3,30	3	3,30	0	0,00	4	4,40	12	13,19	40	43,96	29	31,87
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR2	R1	5	5,26	4	4,21	2	2,11	10	10,53	14	14,74	17	17,89	43	45,26
	R2	2	2,20	4	4,40	2	2,20	7	7,69	11	12,09	31	34,07	34	37,36
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR3	R1	5	5,26	3	3,16	5	5,26	9	9,47	11	11,58	29	30,53	33	34,74
	R2	2	2,20	3	3,30	1	1,10	11	12,09	12	13,19	31	34,07	31	34,07
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR4	R1	7	7,37	5	5,26	3	3,16	7	7,37	8	8,42	16	16,84	49	51,58
	R2	4	4,40	2	2,20	3	3,30	7	7,69	7	7,69	30	32,97	38	41,76
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR5	R1	1	1,05	5	5,26	5	5,26	16	16,84	20	21,05	17	17,89	31	32,63
	R2	1	1,10	1	1,10	6	6,59	14	15,38	16	17,58	30	32,97	23	25,27
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR6	R1	5	5,26	6	6,32	9	9,47	12	12,63	17	17,89	24	25,26	22	23,16
	R2	2	2,20	4	4,40	3	3,30	14	15,38	21	23,08	31	34,07	16	17,58
	R3	2	2,38	4	4,76	2	2,38	10	11,90	20	23,81	36	42,86	10	11,90

FR: Factor relacionado; R: Ronda

Tabla 85. Puntuaciones de los factores relacionados (FR7-FR23) en Rondas 1, 2 y 3

		0		1		2		3		4		5		6	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
FR7	R1	4	4,21	3	3,16	5	5,26	3	3,16	8	8,42	23	24,21	49	51,58
	R2	4	4,40	3	3,30	6	6,59	9	9,89	3	3,30	25	27,47	41	45,05
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR8	R1	4	4,21	4	4,21	4	4,21	3	3,16	5	5,26	21	22,11	54	56,84
	R2	3	3,30	2	2,20	5	5,49	8	8,79	4	4,40	37	40,66	32	35,16
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR9	R1	5	5,26	5	5,26	9	9,47	14	14,74	17	17,89	19	20,00	26	27,37
	R2	1	1,10	5	5,49	7	7,69	19	20,88	17	18,68	29	31,87	13	14,29
	R3	2	2,38	3	3,57	8	9,52	16	19,05	20	23,81	24	28,57	11	13,10
FR10	R1	4	4,21	2	2,11	4	4,21	3	3,16	6	6,32	17	17,89	59	62,11
	R2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR11	R1	0	0,00	5	5,26	5	5,26	20	21,05	23	24,21	19	20,00	23	24,21
	R2	0	0,00	1	1,10	5	5,49	25	27,47	23	25,27	27	29,67	10	10,99
	R3	0	0,00	1	1,19	6	7,14	19	22,62	26	30,95	18	21,43	14	16,67
FR12	R1	3	3,16	0	0,00	6	6,32	7	7,37	9	9,47	27	28,42	43	45,26
	R2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR13	R1	3	3,16	6	6,32	6	6,32	9	9,47	16	16,84	22	23,16	33	34,74
	R2	3	3,30	3	3,30	7	7,69	14	15,38	10	10,99	36	39,56	18	19,78
	R3	1	1,19	5	5,95	8	9,52	11	13,10	12	14,29	32	38,10	15	17,86
FR14	R1	2	2,11	1	1,05	3	3,16	15	15,79	18	18,95	25	26,32	31	32,63
	R2	0	0,00	2	2,20	2	2,20	16	17,58	17	18,68	30	32,97	24	26,37
	R3	1	1,19	2	2,38	5	5,95	8	9,52	10	11,90	33	39,29	25	29,76
FR15	R1	6	6,32	3	3,16	8	8,42	22	23,16	16	16,84	18	18,95	22	23,16
	R2	3	3,30	3	3,30	3	3,30	28	30,77	20	21,98	23	25,27	11	12,09
	R3	2	2,38	4	4,76	6	7,14	24	28,57	19	22,62	18	21,43	11	13,10
FR16	R1	6	6,32	1	1,05	2	2,11	17	17,89	18	18,95	26	27,37	25	26,32
	R2	0	0,00	3	2,20	4	2,20	16	17,58	18	18,68	35	32,97	15	26,37
	R3	0	0,00	2	2,38	6	7,14	13	15,48	14	16,67	33	39,29	16	19,05
FR17	R1	3	3,16	2	2,11	8	8,42	14	14,74	22	23,16	22	23,16	24	25,26
	R2	1	1,10	1	3,30	1	3,30	21	30,77	21	21,98	23	25,27	23	12,09
	R3	1	1,19	3	3,57	3	3,57	14	16,67	28	33,33	20	23,81	15	17,86
FR18	R1	1	1,05	2	2,11	7	7,37	11	11,58	21	22,11	25	26,32	28	29,47
	R2	0	0,00	1	3,30	1	4,40	11	17,58	24	19,78	38	38,46	16	16,48
	R3	0	0,00	4	4,76	4	4,76	10	11,90	18	21,43	36	42,86	12	14,29
FR19	R1	1	1,05	1	1,05	4	4,21	13	13,68	11	11,58	28	29,47	37	38,95
	R2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR20	R1	5	5,26	2	2,11	6	6,32	26	27,37	18	18,95	23	24,21	15	15,79
	R2	1	1,10	3	1,10	8	1,10	20	23,08	30	23,08	19	25,27	10	25,27
	R3	1	1,19	3	3,57	9	10,71	12	14,29	27	32,14	21	25,00	11	13,10
FR21	R1	5	5,26	1	1,05	5	5,26	13	13,68	12	12,63	30	31,58	29	30,53
	R2	2	2,20	2	1,10	2	1,10	14	12,09	8	26,37	39	41,76	24	17,58
	R3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FR22	R1	4	4,21	5	5,26	3	3,16	12	12,63	12	12,63	27	28,42	32	33,68
	R2	4	4,40	3	3,30	4	4,40	10	10,99	16	17,58	37	40,66	17	18,68
	R3	4	4,76	3	3,57	5	5,95	11	13,10	5	5,95	41	48,81	15	17,86
FR 23	R1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	R2	0	0,00	4	4,40	4	4,40	14	15,38	21	23,08	32	35,16	16	17,58
	R3	0	0,00	1	1,19	3	3,57	9	10,71	14	16,67	33	39,29	24	28,57

FR: Factor relacionado; R: Ronda

La tabla 86 muestra los datos relativos a las condiciones que definían el consenso para cada uno de los factores relacionados en las diferentes rondas. Los criterios aplicados para establecer el consenso son los mismos que en el caso de las características definitorias.



Tabla 86. Consenso sobre los factores relacionados en Rondas 1, 2 y 3

		p25	p50	p75	RI	% en RI	CONSENSO
FR1	R1	4	5	6	2	78,95	NO
	R2	5	5	6	1	75,82	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
FR2	R1	4	5	6	2	77,89	NO
	R2	4	5	6	2	83,52	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
FR3	R1	4	5	6	2	76,84	NO
	R2	4	5	6	2	81,32	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
FR4	R1	4	6	6	2	76,84	NO
	R2	4	5	6	2	82,42	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
FR5	R1	3	5	6	2	88,42	NO
	R2	4	5	6	2	75,82	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
FR6	R1	3	4	5	2	55,79	NO
	R2	3	5	5	2	72,53	NO
	R3	4	5	5	1	66,67	NO
FR7	R1	5	6	6	1	75,79	NO
	R2	4	5	6	2	75,82	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
FR8	R1	5	5	6	1	78,95	NO
	R2	5	5	6	1	75,82	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
FR9	R1	3	4	6	3	80,00	NO
	R2	3	4	5	2	71,43	NO
	R3	3	4	5	2	71,43	NO
FR10	R1	5	6	6	1	80	SI
	R2	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-
FR11	R1	3	4	5	2	65,26	NO
	R2	3	4	5	2	82,41	NO
	R3	3	4	5	2	75	NO
FR12	R1	4	5	6	2	83,16	SI
	R2	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-
FR13	R1	3	5	6	3	84,21	NO
	R2	3	4	5	2	65,93	NO
	R3	3	5	5	2	65,49	NO
FR14	R1	4	5	6	2	77,89	NO
	R2	4	5	6	2	71	NO
	R3	4	5	6	2	80,95	SI
FR15	R1	3	4	6	2	82,11	NO
	R2	3	4	5	2	78,02	NO
	R3	3	4	5	2	72,62	NO
FR16	R1	3	5	6	3	90,53	NO
	R2	3	5	5	2	69,23	NO
	R3	3	5	5	2	71,44	NO
FR17	R1	3	4	6	3	86,32	NO
	R2	3	5	6	3	90,11	NO
	R3	3	4	5	2	73,81	NO
FR18	R1	4	5	6	2	77,89	NO
	R2	4	5	5	1	58,24	NO
	R3	4	5	5	1	64,29	NO
FR19	R1	4	5	6	2	80	SI
	R2	-	-	-	-	-	-
	R3	-	-	-	-	-	-
FR20	R1	3	4	5	2	86,32	NO
	R2	3	4	5	2	71,43	NO
	R3	3	4	5	2	71,43	NO
FR21	R1	3	5	6	3	88,42	NO
	R2	4	5	6	2	85,71	SI
	R3	-	-	-	-	-	-
FR22	R1	3	5	6	3	87,37	NO
	R2	4	5	5	1	58,24	NO
	R3	3	5	5	2	67,86	NO
FR23	R1	-	-	-	-	-	-
	R2	4	5	5	1	58,24	NO
	R3	4	5	6	2	84,52	SI

FR: Factor relacionado; R: Ronda; p: percentil; RI: Rango intercuartílico

Siguiendo las sugerencias expuestas por los panelistas en sus comentarios, se realizaron algunos cambios sobre los factores relacionados a lo largo de las rondas. Como se puede observar en la tabla 87, las definiciones operativas de cuatro factores relacionados fueron retocadas. Además, se transformó el nombre y definición de los factores relacionados número 3 y 16, y por consejo de un experto, se incluyó un factor relacionado adicional (estrés) que no estaba incluido en la ronda inicial y alcanzó consenso en la ronda 2.

**Tabla 87. Modificaciones aplicadas a los factores relacionados en las Rondas 1,2 y 3**

Factor relacionado planteado	Modificación realizada	Factor relacionado definitivo
<b>FR 3. Confusión aguda o crónica</b> Trastornos de la conciencia, atención, conocimiento, percepción, memoria, orientación y/o de la conducta que pueden ser de inicio brusco y reversibles o irreversibles y de larga duración.	Definición y nombre modificados tras 1ª ronda Se mueve de psicológicos a fisiopatológicos	<b>FR 3. Confusión aguda</b> <u>Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.</u>
<b>FR 7. Lesión cerebral (p ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)</b> Daño orgánico o funcional del tejido cerebral.	Definición modificada tras 2ª ronda	<b>FR 7. Lesión cerebral (p ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)</b> Daño orgánico <u>y/o</u> funcional del tejido cerebral.
<b>FR 11. Insomnio</b> Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.	Definición modificada tras 2ª ronda	<b>FR 11. Insomnio</b> Trastorno de la cantidad <u>y/o</u> calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.
<b>FR 16. Duelo complicado</b> Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.	Definición y nombre modificados tras 2ª ronda	<b>FR 16. Duelo patológico</b> Trastorno que ocurre tras una <u>pérdida significativa</u> , en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.
<b>FR 23. Estrés</b> Conjunto de reacciones (biológicas, psicológicas) que se desencadenan en el organismo cuando éste se enfrenta de forma brusca con un agente nocivo, cualquiera que sea su naturaleza.	Factor relacionado incluido tras 1ª ronda Definición modificada tras 2ª ronda	<b>FR 23. Estrés</b> Conjunto de <u>reacciones físicas, psicológicas y/o espirituales</u> que se desencadenan en el organismo cuando éste se enfrenta de forma brusca o continuada con un agente nocivo, cualquiera que sea su naturaleza.
<b>22. Envejecimiento</b> Resultado del deterioro en la edad madura y avanzada de numerosas funciones corporales.	Definición modificada tras 2ª ronda	<b>22. Envejecimiento</b> <u>Modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre las personas.</u>

Los comentarios realizados por los expertos sobre los factores relacionados también fueron numerosos. Dos expertos hicieron observaciones sobre el conjunto de los factores relacionados propuestos. Uno de ellos manifestó la opinión de que los factores relacionados deben ser modificables a través de la actuación autónoma de enfermería. Según explica, si el factor relacionado requiere una actuación multidisciplinar, el diagnóstico de enfermería pasaría a ser un problema de colaboración. Por tanto, sostiene este experto, no está de acuerdo con que las patologías médicas puedan ser factores relacionados. Otro panelista expresó sus dudas sobre si otros diagnósticos de enfermería pueden actuar como factores relacionados de un determinado diagnóstico. Además de estos dos comentarios, se recogieron

diferentes reflexiones sobre factores relacionados específicos. Tras el análisis de contenido de dichas respuestas, se identificaron las categorías temáticas que se describen en las tablas 88 y 89.

**Tabla 88. Categorías temáticas de los comentarios sobre los factores relacionados (FR1-FR10)**

Categoría temática	Ronda 1 (n)	Ronda 2 (n)	Ronda 3 (n)
<b>1. Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)</b>			
FR no considerado como tal, si no como manifestación del diagnóstico	4	1	-
Se entiende mejor la definición que el propio FR	1	-	-
Poco específico para su uso en la práctica	1	-	-
FR no considerado como causa del diagnóstico	1	-	-
FR no modificable por intervención enfermera	-	1	-
<b>2. Desorientación en tiempo, espacio y/o persona</b>			
FR no considerado como tal, si no como manifestación del diagnóstico	3	3	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	-	-
Este FR está englobado por otras FRs	1	-	-
FR no modificable por intervención enfermera	-	1	-
<b>3. Confusión aguda</b>			
FR no considerado como tal, si no como manifestación del diagnóstico	2	2	-
FR que coincide con otra etiqueta diagnóstica	1	-	-
FR no modificable por intervención enfermera	-	1	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	-	1	-
<b>4. Alucinaciones</b>			
FR no considerado como tal, si no como manifestación del diagnóstico	4	3	-
FR no modificable por intervención enfermera	1	2	-
<b>5. Ansiedad</b>			
FR no modificable por intervención enfermera	1	-	-
FR que coincide con otra etiqueta diagnóstica	1	-	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	-	-
Este FR está englobado por otros FRs	-	1	-
FR no considerado como tal, si no como manifestación del diagnóstico	-	-	-
<b>6. Afrontamiento ineficaz</b>			
FR no considerado como tal, si no como manifestación del diagnóstico	3	1	-
FR no modificable por intervención enfermera	1	-	-
FR que coincide con otra etiqueta diagnóstica	2	-	1
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	-	-
FR no considerado como causa del diagnóstico	-	-	1
<b>7. Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)</b>			
FR no susceptible de intervención enfermera	3	2	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	-	1	-
FR no considerado como causa del diagnóstico	-	1	-
<b>8. Trastornos neurodegenerativos (p. ej. Demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.)</b>			
FR no modificable por intervención enfermera	3	3	-
FR no considerado como causa del diagnóstico	-	1	-
<b>9. Alteración de los órganos de los sentidos</b>			
FR no considerado como causa del diagnóstico	4	2	-
Este FR se solapa conceptualmente con otro FR	1	-	-
FR no modificable por intervención enfermera	1	2	-
FR no considerado como tal, si no como manifestación del diagnóstico	-	1	-
<b>10. Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)</b>			
FR no modificable por intervención enfermera	3	-	-

*n*: indica el número de panelistas que hicieron un comentario relativo a dicha categoría temática  
FR: Factor relacionado

Tabla 89. Categorías temáticas de los comentarios sobre los factores relacionados (FR11-FR23)

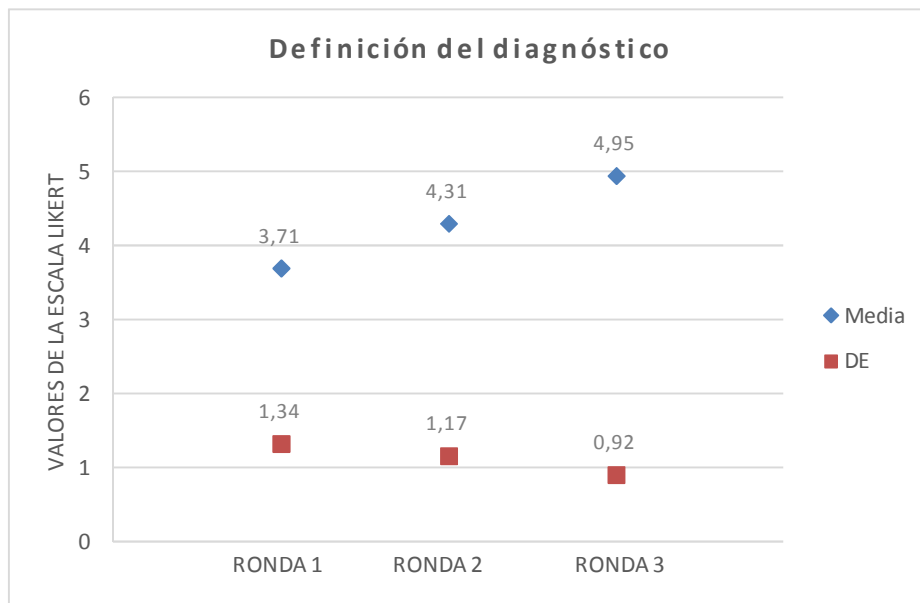
Categoría temática	Ronda 1 (n)	Ronda 2 (n)	Ronda 3 (n)
<b>11. Insomnio</b>			
FR que coincide con otra etiqueta diagnóstica	1	-	-
FR no considerado como causa del diagnóstico	4	-	1
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	1	1
FR no modificable por intervención enfermera	-	1	-
<b>12. Abuso de sustancias</b>			
Comentarios sobre la redacción de la definición	3	-	-
FR no considerado como causa del diagnóstico	1	-	-
<b>13. Trastornos bioquímicos</b>			
FR no modificable por intervención enfermera	2	1	-
FR no considerado como causa del diagnóstico	-	1	-
<b>14. Temor/Miedo</b>			
FR no considerado como causa del diagnóstico	1	1	-
FR que coincide con otra etiqueta diagnóstica	1	-	-
Este FR está englobado por otros FRs	-	1	-
<b>15. Duelo</b>			
FR que coincide con otra etiqueta diagnóstica	1	-	-
FR no considerado como causa del diagnóstico	6	2	-
<b>16. Duelo patológico</b>			
FR que coincide con otra etiqueta diagnóstica	1	-	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	3	2	1
FR no considerado como causa del diagnóstico	1	-	-
FR no modificable por intervención enfermera	-	1	-
<b>17. Aislamiento social</b>			
FR no considerado como tal, si no como manifestación del diagnóstico	1	-	-
FR que coincide con otra etiqueta diagnóstica	1	-	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	2	1	1
FR no considerado como causa del diagnóstico	1	1	-
<b>18. Deprivación sensorial</b>			
Este FR se solapa conceptualmente con otro FR	1	-	-
<b>19. Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)</b>			
No recibió comentarios			
<b>20. Dolor</b>			
FR no considerado como causa del diagnóstico	3	2	1
FR no modificable por intervención enfermera	-	1	-
<b>21. Efectos secundarios del tratamiento</b>			
FR no considerado como causa del diagnóstico	2	1	-
FR no modificable por intervención enfermera	1	1	-
<b>22. Envejecimiento</b>			
FR no considerado como causa del diagnóstico	4	1	2
FR no modificable por intervención enfermera	1	2	-
Comentarios sobre la redacción de la definición	1	2	1
<b>23. Estrés</b>			
Comentarios sobre la redacción de la definición	-	3	1
FR no considerado como causa del diagnóstico	-	1	-
FR no considerado como tal, si no como manifestación del diagnóstico	-	1	-

*n*: indica el número de panelistas que hicieron un comentario relativo a dicha categoría temática  
 FR: Factor relacionado

## Estabilidad de respuesta

Para explorar de forma más precisa la evolución de las repuestas de los panelistas a lo largo de las sucesivas rondas, se elaboraron los denominados gráficos de ítem (*ítem graphs*) según lo propuesto por Greateorex y Dexter (2000). Dichos gráficos recogen la evolución de la media y desviación estándar en las diferentes rondas para un determinado ítem. En el gráfico de ítem sobre la definición (figura 21) queda patente como la puntuación otorgada a la definición sufre un importante aumento a lo largo de las rondas, ilustrando la evolución hacia una opinión más favorable por parte de los panelistas. La considerable disminución de la desviación estándar, a su vez, sugiere el incremento progresivo del consenso entre el grupo.

Figura 21. Gráfico de ítem para la definición del diagnóstico



A continuación, se presentan los gráficos correspondientes a las características definitorias y los factores relacionados sobre los que no se alcanzó consenso entre los panelistas después de las tres rondas (figuras 22 y 23). En la mayoría de características definitorias y factores relacionados sin consenso se puede observar como la media de la puntuación otorgada por los panelistas se mantiene en torno a 4 (=bastante indicativa) y sólo sufre un ligero incremento a lo largo de las rondas. Así, queda patente que aunque la opinión del grupo sobre estos elementos es estable a lo largo de las rondas, se mantiene en valores intermedios y no progresa hacia los valores más positivos que era lo deseable para establecer el consenso. La desviación estándar se mantiene entre 1 y 1,60 aproximadamente y muestra una disminución leve entre rondas, indicando el débil grado de consenso del grupo. En algunos casos incluso se

puede observar como la media sufre un ligero descenso o la desviación estándar un leve aumento entre rondas.

Figura 22. Gráficos de ítem para las características definitorias sin consenso

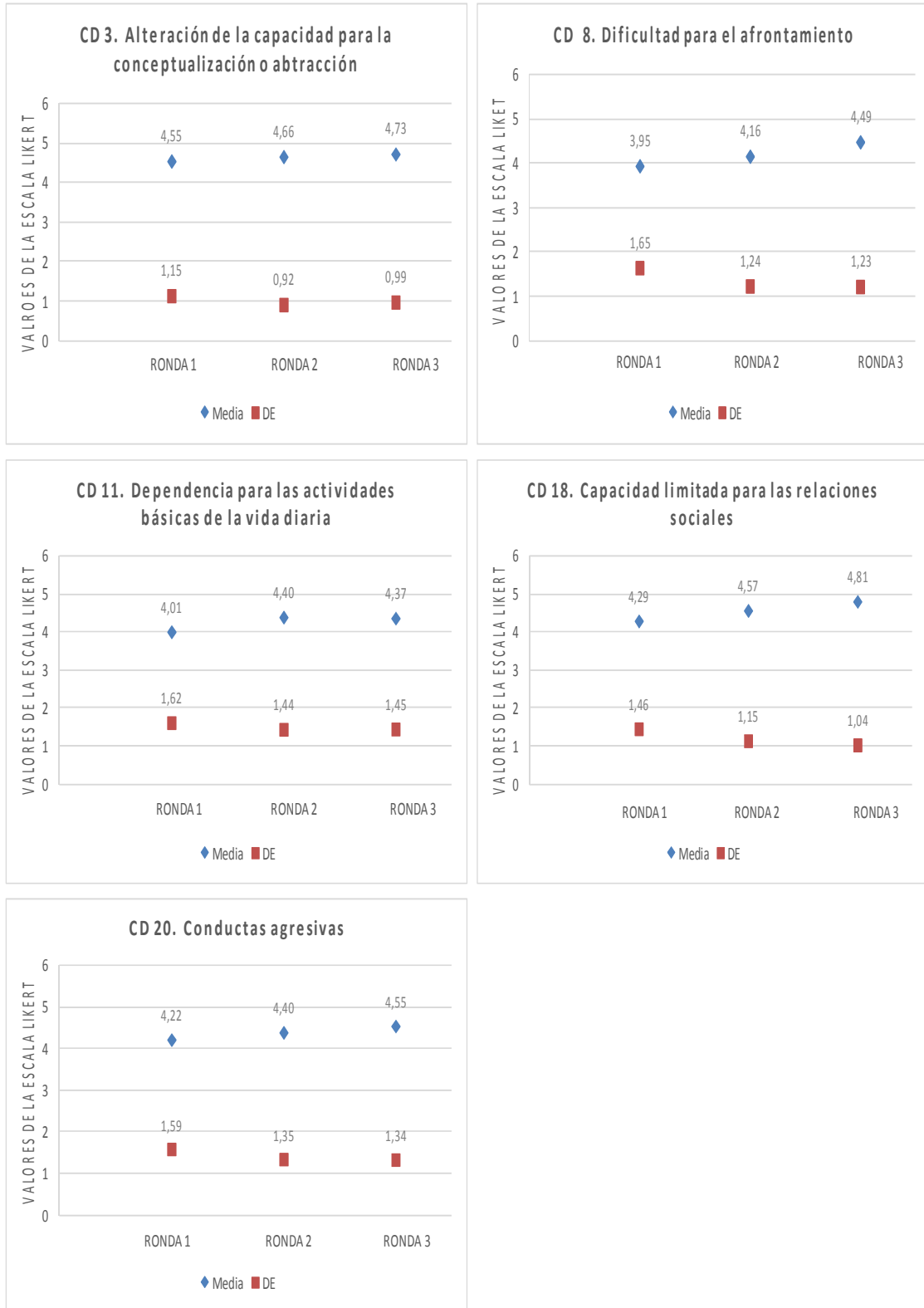
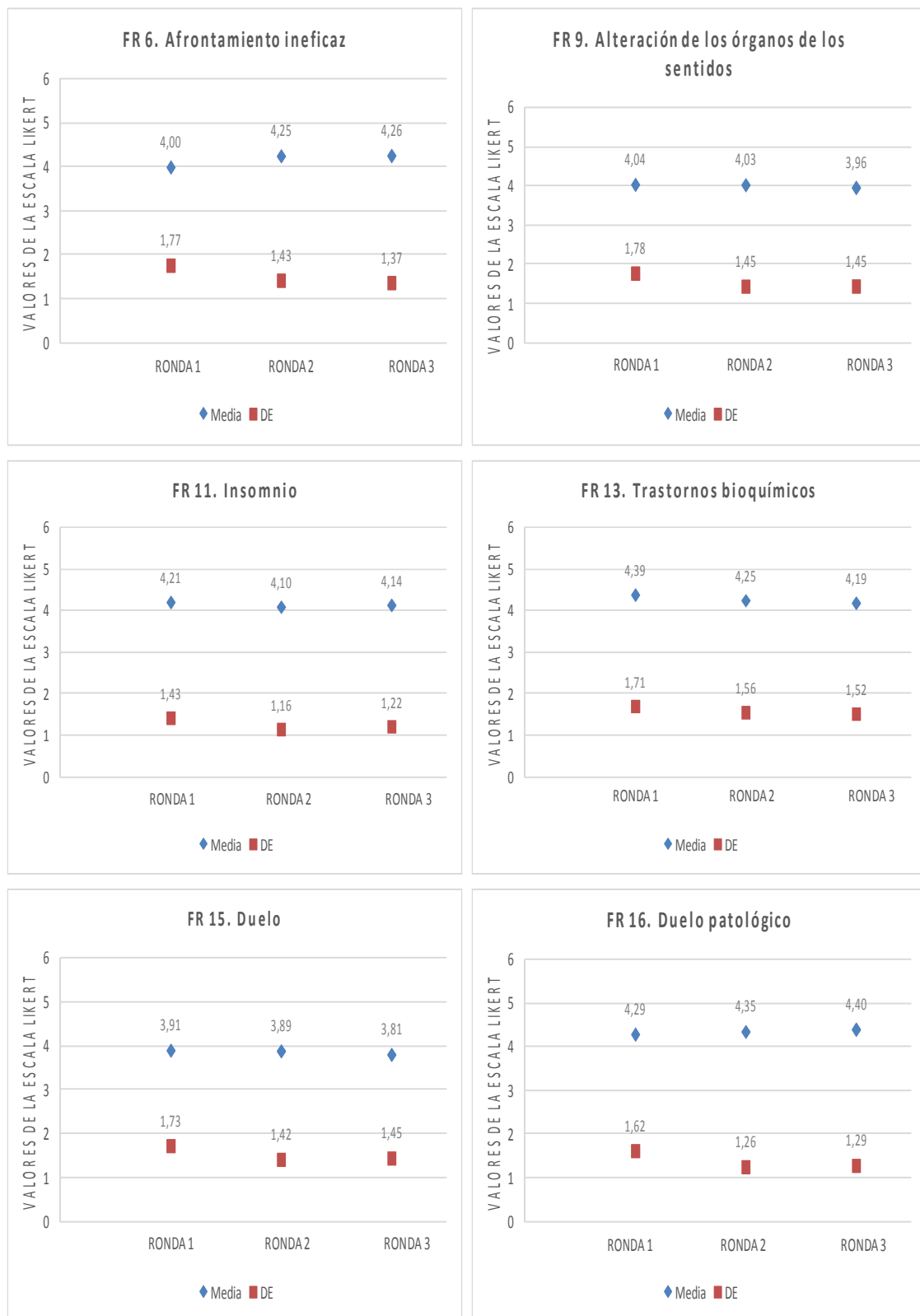
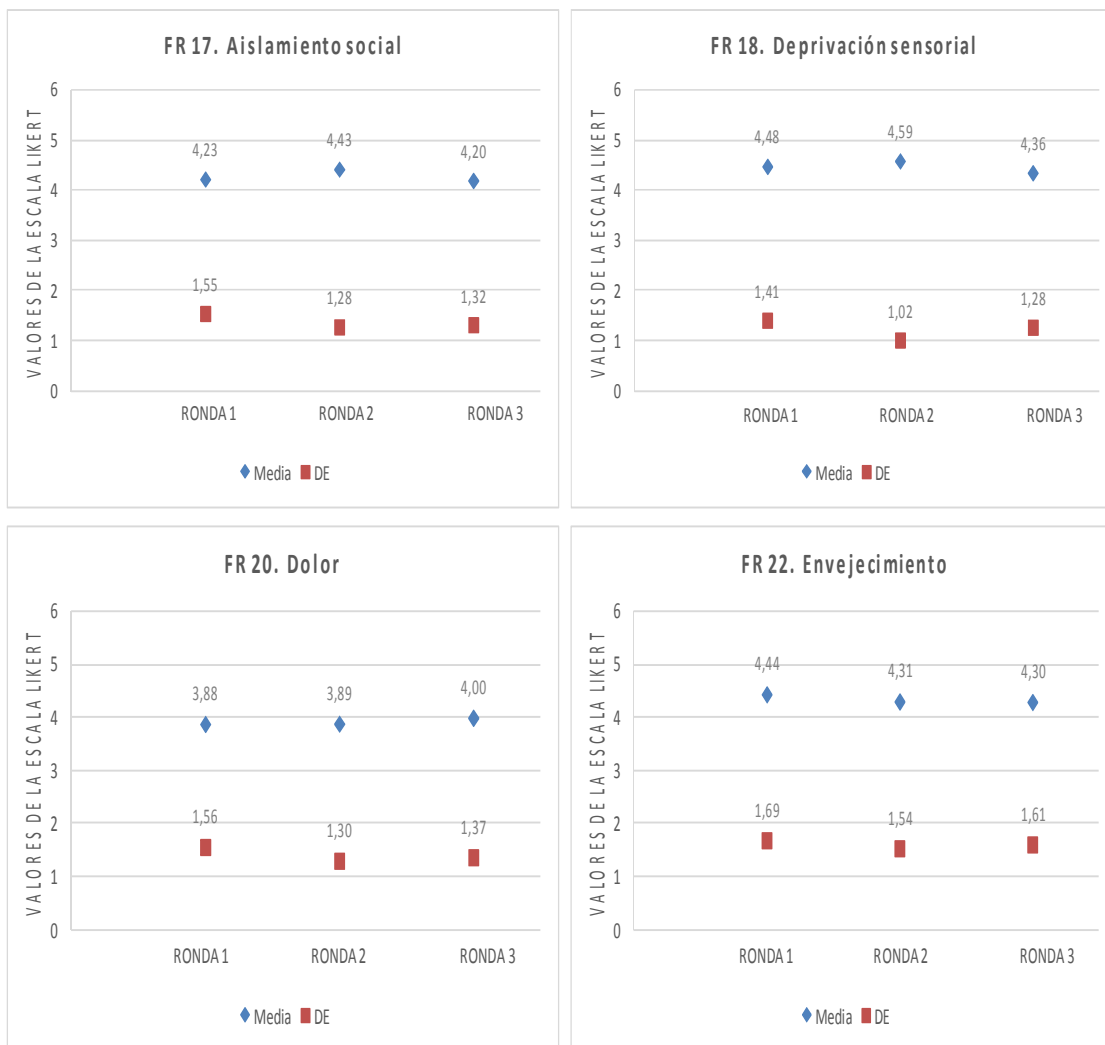


Figura 23. Gráficos de ítem para los factores relacionados sin consenso

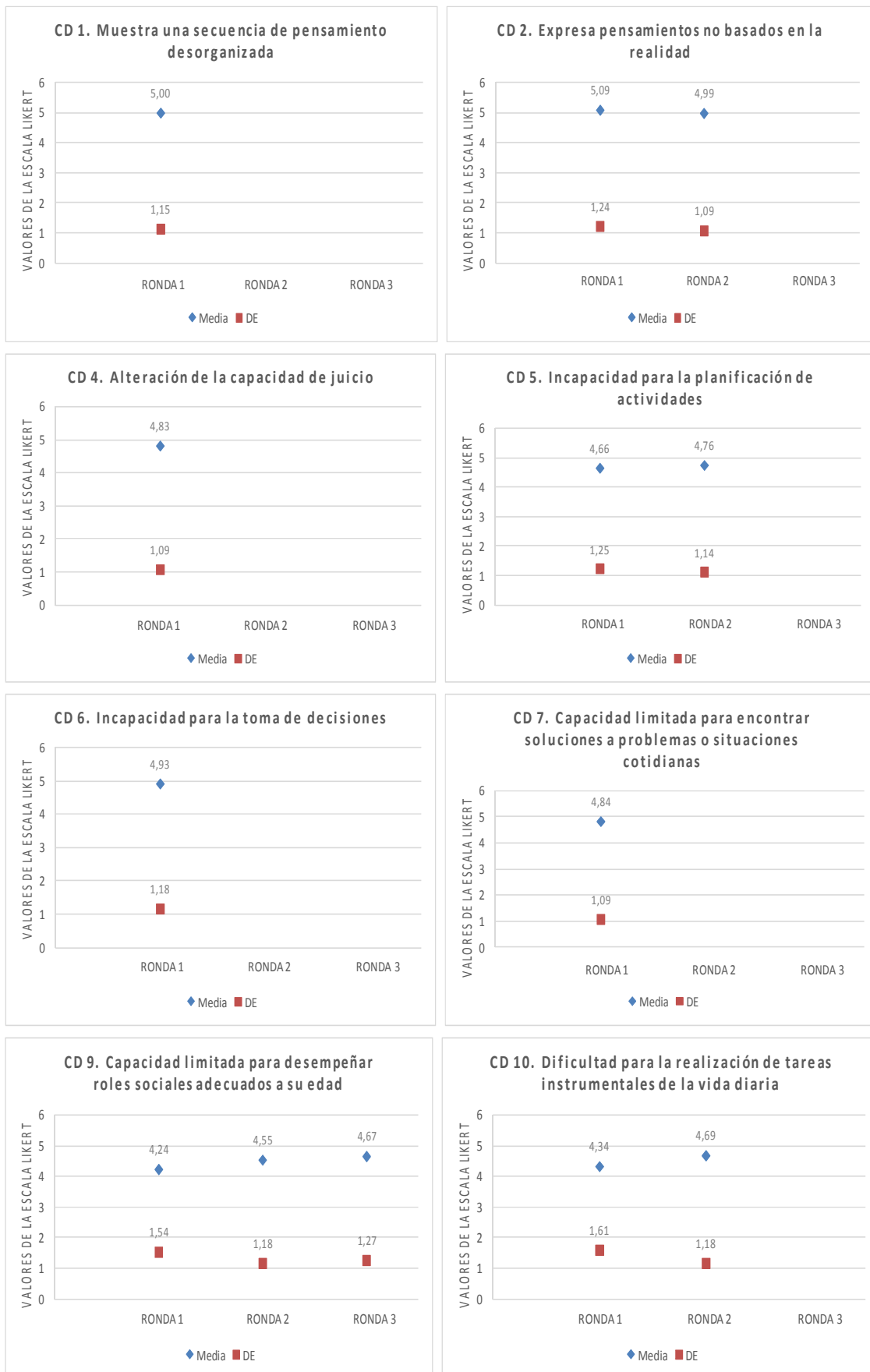




Las figuras 24 y 25 incluyen los gráficos que ilustran las características definitorias y los factores relacionados para los que se alcanzó el consenso. A diferencia de los anteriores, en este grupo de gráficos no se puede observar la evolución de las repuestas de los panelistas en las tres rondas para todos ellos, ya que cuando se cumplían los parámetros de consenso para un ítem este ya no era evaluado en la ronda siguiente. Se puede apreciar como en la mayoría de características definitorias y factores relacionados con consenso la media de la puntuación otorgada por los panelistas siempre es superior a 4 (=bastante indicativa) y observándose, cuando es el caso, una tendencia ascendente a lo largo de las rondas. La desviación estándar sufre un descenso conforme avanzan las rondas, indicando el progreso hacia el consenso del grupo.



Figura 24. Gráficos de ítem para las características definitorias con consenso



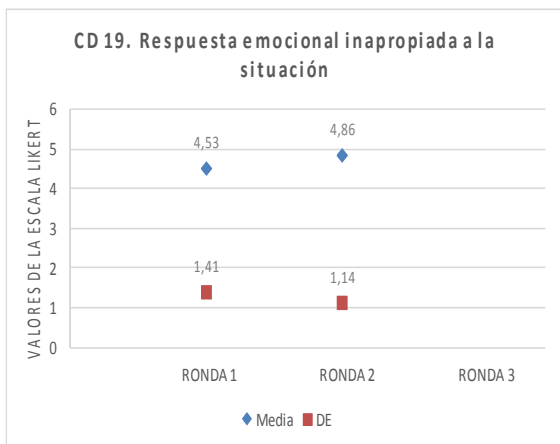
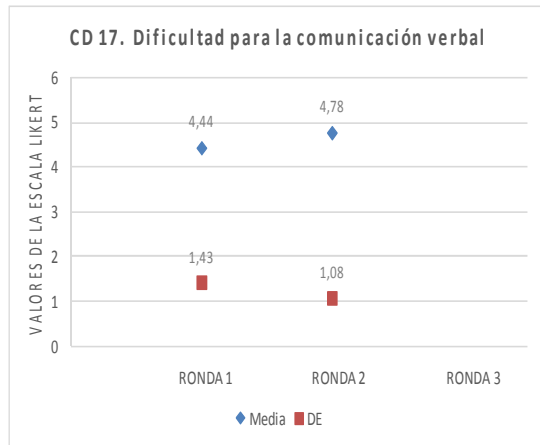
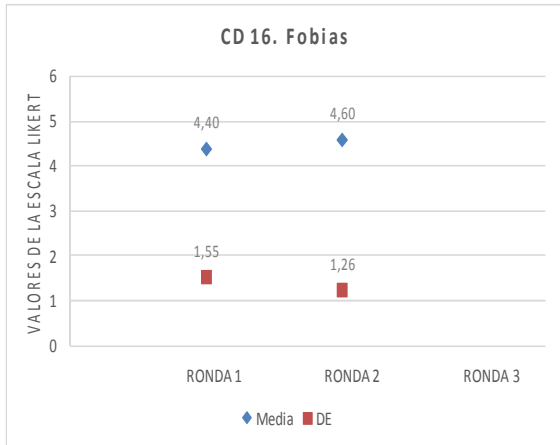
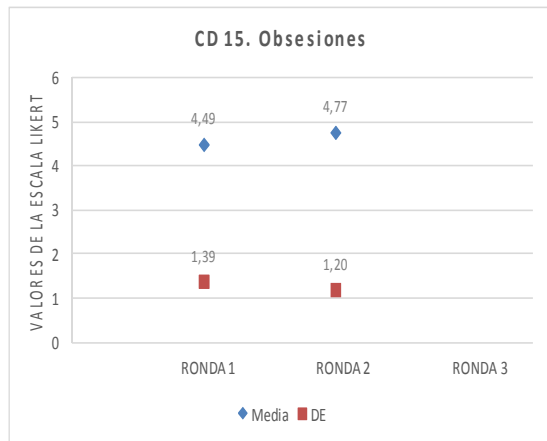
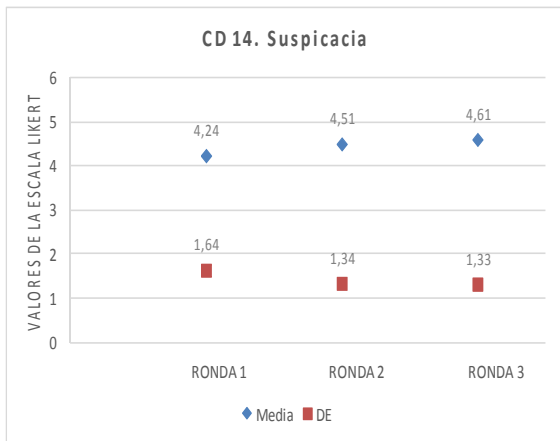
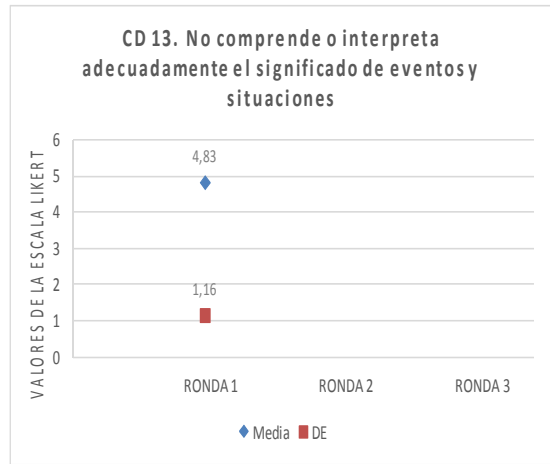
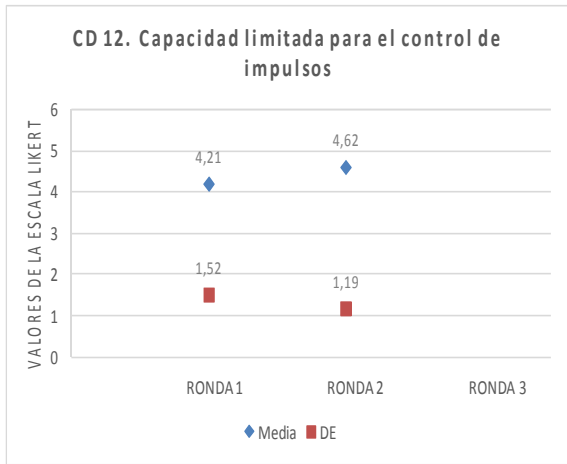
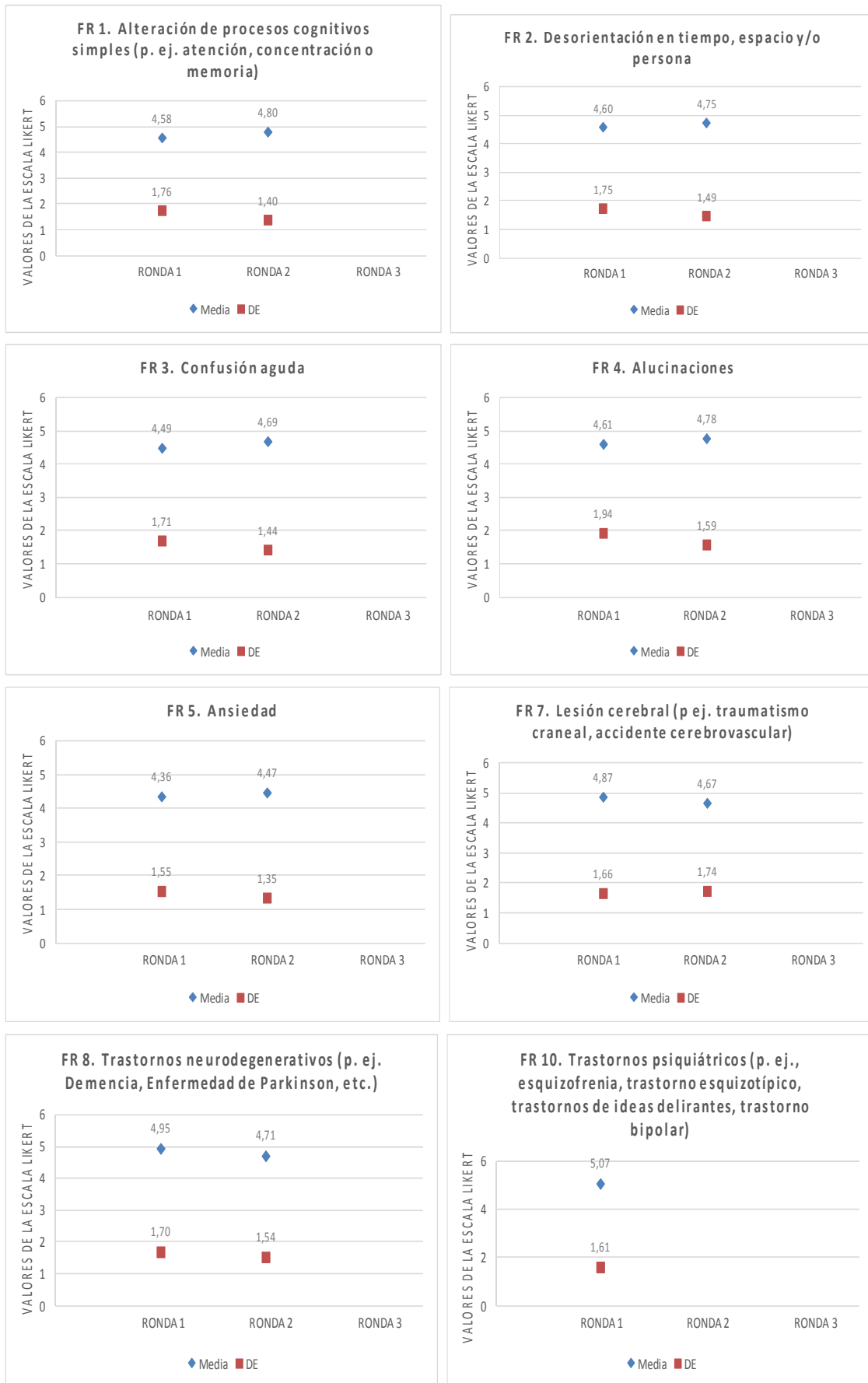
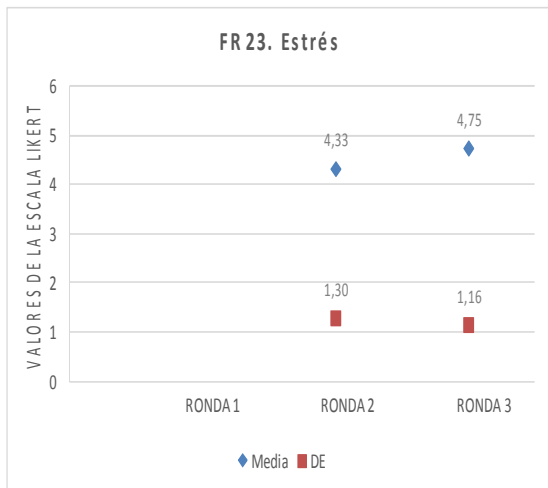
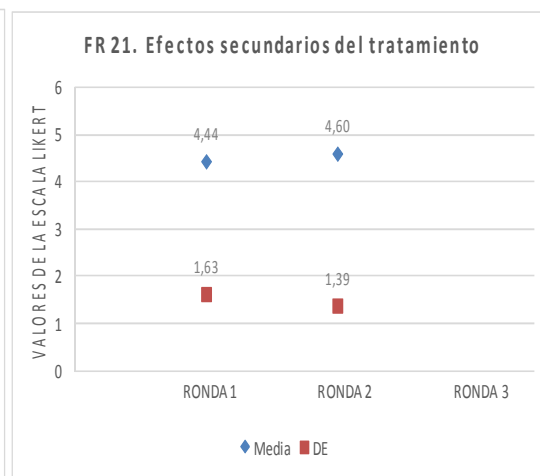
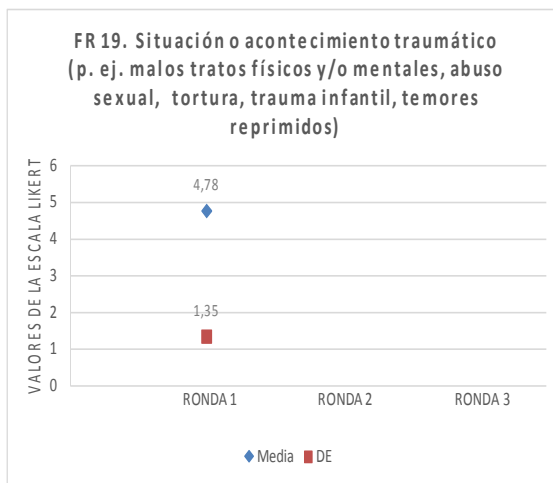
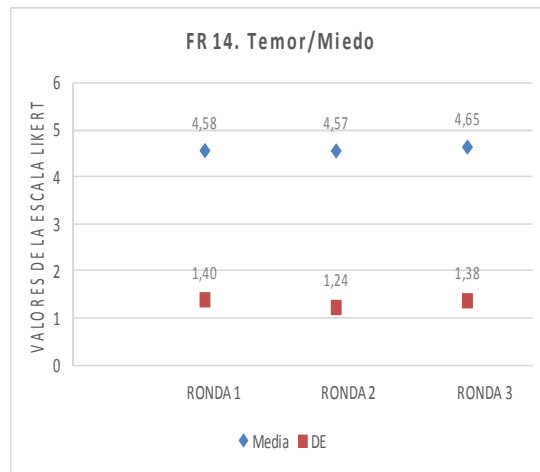
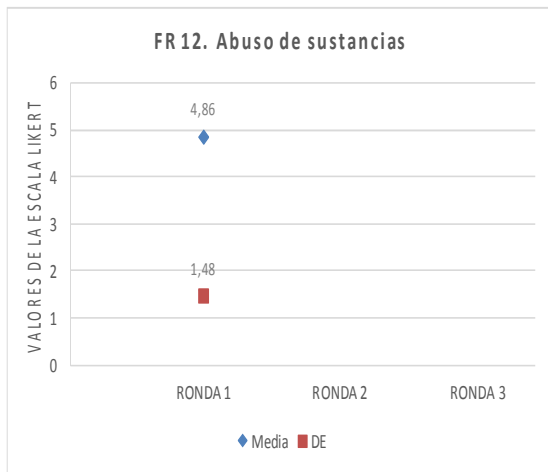


Figura 25. Gráficos de ítem para los factores relacionados con consenso





### 3. Aplicación del modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring

A continuación, se presentan los resultados relativos a la aplicación del modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring (1987,1994) para la versión modificada del diagnóstico de enfermería TPP y de cada uno de sus componentes. Así, se calculó el ICD para cada elemento del diagnóstico de enfermería propuesto. El cálculo del índice se adaptó según lo descrito en el

bloque de Metodología para ajustarlo a las escalas Likert de 7 puntos utilizadas en este estudio. De acuerdo al modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring, en base al valor del ICD resultante se establece la siguiente clasificación: los elementos con un índice igual o mayor a 0,50 serán validados y los elementos con puntuaciones menores a 0,50 deberán ser excluidos. En el caso de las características definitorias validadas, además, serán catalogadas como mayores si su puntuación es igual o mayor a 0,80 y como menores si el índice obtenido está entre 0,79 y 0,50.

El ICD para la definición del diagnóstico que obtuvo consenso en la tercera ronda de la fase Delphi fue de  $0,80 \pm 0,15$ . Este resultado implica la validación de la definición. Se calculó el ICD para cada una de las 15 características definitorias sobre las que hubo consenso entre los panelistas (tabla 90). Como se puede observar el ICD resultante para todas ellas estuvo muy cercano a 0,80, oscilando entre 0,74 y 0,82. Cuatro de ellas alcanzaron un resultado igual o mayor a 0,80 y por lo tanto pueden ser calificadas como características definitorias mayores. El resto de características definitorias quedan validadas como manifestaciones menores del diagnóstico de enfermería TPP.

**Tabla 90. Índice de contenido diagnóstico de las características definitorias con consenso**

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	ICD Media ( $\pm$ DE)	Tipo de característica definitoria
CD 1. Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada	0,82 ( $\pm$ 0,19)	Mayor
CD 2. Expresa pensamientos no basados en la realidad	0,81 ( $\pm$ 0,18)	Mayor
CD 4. Alteración de la capacidad de juicio	0,80 ( $\pm$ 0,18)	Mayor
CD 5. Incapacidad para la planificación de actividades	0,77 ( $\pm$ 0,19)	Menor
CD 6. Incapacidad para la toma de decisiones	0,80 ( $\pm$ 0,20)	Mayor
CD 7. Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas	0,79 ( $\pm$ 0,18)	Menor
CD 9. Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad	0,76 ( $\pm$ 0,21)	Menor
CD 10. Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria	0,75 ( $\pm$ 0,19)	Menor
CD 12. Capacidad limitada para el control de impulsos	0,75 ( $\pm$ 0,19)	Menor
CD 13. No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones	0,79 ( $\pm$ 0,19)	Menor
CD 14. Suspiciona	0,74 ( $\pm$ 0,21)	Menor
CD 15. Obsesiones	0,77 ( $\pm$ 0,20)	Menor
CD 16. Fobias	0,74 ( $\pm$ 0,20)	Menor
CD 17. Dificultad para la comunicación verbal	0,78 ( $\pm$ 0,18)	Menor
CD 19. Respuesta emocional inapropiada a la situación	0,78 ( $\pm$ 0,19)	Menor

En la tabla 91 se presenta el ICD de los 13 factores relacionados sobre los que se obtuvo consenso entre los expertos del panel opinando que estaban relacionados con el diagnóstico de enfermería TPP. El rango de todos los índices estuvo entre 0,73 y 0,83, lo que implicaba la validación de todos los factores relacionados.

**Tabla 91. Índice de contenido diagnóstico de los factores relacionados con consenso**

FACTORES RELACIONADOS	ICD Media ( $\pm$ DE)
FR 1. Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)	0,78 ( $\pm$ 0,22)
FR 2. Desorientación en tiempo, espacio y/o persona	0,77 ( $\pm$ 0,24)
FR 4. Alucinaciones	0,77 ( $\pm$ 0,26)
FR 5. Ansiedad	0,73 ( $\pm$ 0,22)
FR 3. Confusión aguda	0,77 ( $\pm$ 0,23)
FR 7. Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)	0,75 ( $\pm$ 0,29)
FR 8. Trastornos neurodegenerativos (p. ej. Demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.)	0,75 ( $\pm$ 0,26)
FR 10. Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)	0,83 ( $\pm$ 0,27)
FR 12. Abuso de sustancias	0,79 ( $\pm$ 0,26)
FR 14. Temor/Miedo	0,75 ( $\pm$ 0,23)
FR 19. Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)	0,78 ( $\pm$ 0,23)
FR 21. Efectos secundarios del tratamiento	0,74 ( $\pm$ 0,22)
FR 23. Estrés	0,77 ( $\pm$ 0,19)

Como paso final en el proceso de validación, se calculó el índice de validez de contenido del diagnóstico que valora la validez del diagnóstico de enfermería en su totalidad y que implica el cálculo de la media del ICD de cada una de las características definitorias validadas (Fehring, 1987). Tal y como se explica en el bloque de Metodología, para este cálculo se aplicó la modificación propuesta por Sparks y Lien-Gieschen (Sparks & Lien-Gieschen, 1994). El índice total de validación de contenido del diagnóstico resultante fue de 0,99 y supone la validación de contenido de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP desarrollada en este estudio.

### **Análisis complementarios del índice de validez de contenido del diagnóstico**

Se examinó la existencia de posibles diferencias entre los dos subgrupos de expertos con relación al índice de validez de contenido del diagnóstico. El test *T de student* demostró que no

había diferencias significativas entre ambos subgrupos respecto al índice de validez del contenido del diagnóstico ( $p=0,925$ ).

Además se analizó la correlación entre el índice de validez de contenido del diagnóstico y la puntuación total de la EPADE. El coeficiente de correlación lineal de Pearson indicó la existencia de una correlación muy modesta ( $r=0,307$ ), aunque estadísticamente significativa ( $p=0,003$ ).

### Análisis factorial

Inicialmente, y como viene siendo práctica habitual en la bibliografía (Abascal & Grande, 2005), se aplicó el método de análisis ACP. Se obtuvo una solución de 4 factores, que explicaban el cerca del 66% de la varianza (tabla 92). Sin embargo, los ítems incluidos en cada uno de los factores coincidían con aquellos para los que se había alcanzado el consenso en una misma ronda. Las agrupaciones de las características definitorias sugeridas por este análisis no parecían representar dimensiones que fueran coherentes a nivel teórico. Este resultado hizo plantearse la posibilidad de que el PCA no fuera el método más adecuado y se decidió aplicar otro enfoque diferente.

Tabla 92. Estructura factorial resultante del PCA

Características definitorias (ronda en la que se ha obtenido el consenso)	Pesos factoriales			
	1	2	3	4
CD 16. Fobias (R2)	0,858			
CD 12. Capacidad limitada para el control de impulsos (R2)	0,815			
CD 15. Obsesiones (R2)	0,815			
CD 17. Dificultad para la comunicación verbal	0,785			
CD 5. Incapacidad para la planificación de actividades (R2)	0,773			
CD 19. Respuesta emocional inapropiada a la situación (R2)	0,764			
CD 10. Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria (R2)	0,708			
CD 2. Expresa pensamientos no basados en la realidad (R2)	0,467			
CD 6. Incapacidad para la toma de decisiones (R1)		0,873		
CD 7. Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas (R1)		0,797		
CD 4. Alteración de la capacidad de juicio (R1)		0,702		
CD 14. Susplicacia (R3)			0,852	
CD 9. Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad (R3)			0,781	
CD 1. Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada (R1)				0,895
CD 13. No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos o situaciones (R1)		0,554		0,569

Por ese motivo, se realizó el ACM. Este análisis proporciona información sobre los perfiles de los panelistas en base a sus semejanzas en las respuestas. Con este método, las puntuaciones de todos los miembros del panel, sobre las 15 características definitorias validadas, son analizadas de forma simultánea para examinar los factores de diferenciación entre los panelistas.

Debido a su baja frecuencia las categorías de respuesta nada indicativa del diagnóstico (0), poco indicativa (1) y algo indicativa (2) fueron combinadas en una sola categoría. De este modo, las categorías de respuesta incluidas en el análisis fueron: nada/poco/algo indicativa (0,1,2), suficientemente indicativa (3), bastante indicativa (4), muy indicativa (5) y completamente indicativa (6). El análisis reveló que no existe una tipología marcada dentro de los panelistas en cuanto a sus repuestas y, aunque existen diferencias y semejanzas entre ellos, no se aprecia ningún patrón que defina y diferencie ningún subgrupo dentro del panel. El ACM también confirmó que las diferencias entre las respuestas de los miembros del panel no dependían del perfil de experto (académico o salud mental). En la figura 26 se muestra la representación gráfica de dicho análisis.

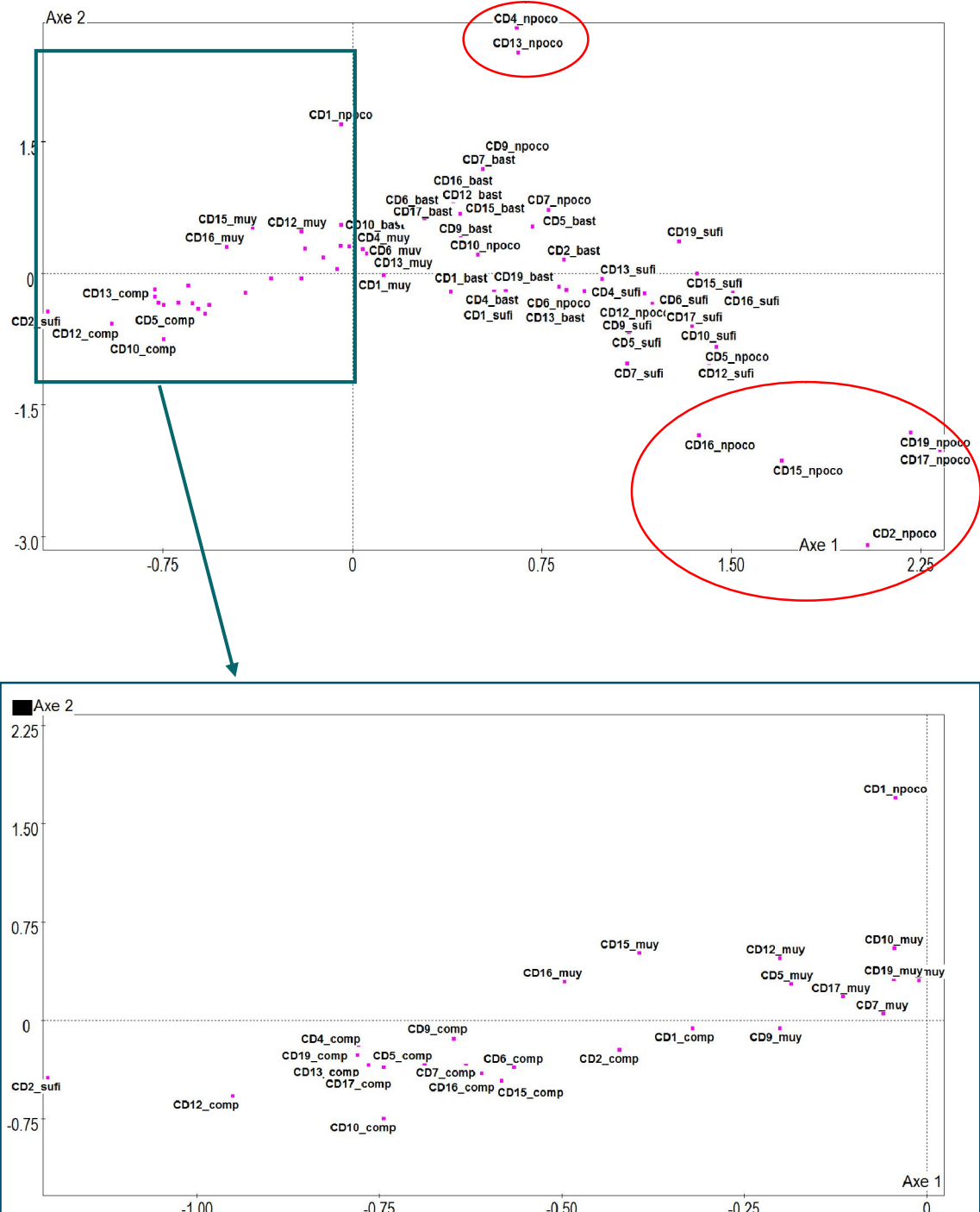
En el gráfico se representan las categorías de respuestas (aparece un punto por cada categoría de cada respuesta) y permite estudiar las relaciones entre los elementos observando sus proximidades. Se puede observar cómo, en líneas generales, existe cierta proximidad entre las categorías del mismo valor. Es decir, se puede ver la proximidad entre las respuestas suficiente indicativa, muy indicativa, completamente indicativa. Esto revela que los panelistas mostraron cierta tendencia a repetir las mismas puntuaciones para la mayoría de las características definitorias. Así, de forma general, hubo expertos que valoraron muy positivamente casi todas las características definitorias y otros que lo hicieron de forma más neutra o menos positiva.

La excepción para ese patrón se encuentra en la categoría que aglutina las respuestas nada/poco/algo indicativa para la que se puede ver mayor dispersión (ver círculos rojos en el gráfico). Esto sugiere que a pesar de llevar una línea más o menos estable a la hora de valorar las características definitorias, esa tendencia se rompía en el caso de aquellas que no consideraban adecuadas y a las que otorgaban una puntuación negativa. Se puede observar que aquellos panelistas que valoraron negativamente la característica definitoria 4 (*alteración de la capacidad de juicio*), también lo hicieron para la 13 (*no comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos o situaciones*). Otro conjunto de características definitorias que fueron valoradas de forma menos positiva por un grupo dentro del panel fue:



19 (respuesta emocional inapropiada a la situación), 17 (dificultad para la comunicación verbal), 15 (obsesiones), 17 (fobias) y 2 (expresa pensamientos no basados en la realidad).

Figura 26. Representación gráfica del ACM



CD= característica definitoria; npoco=nada/poco/algo indicativa; sufi= suficientemente indicativa; bast= bastante indicativa; muy= muy indicativa; comp= completamente indicativa

#### 4. Pregunta abierta sobre la utilidad del diagnóstico TPP en la práctica clínica

En la ronda 3, se planteó la siguiente pregunta a los panelistas:

*“¿Considera que disponer de este diagnóstico de enfermería en la taxonomía NANDA-I puede ser de utilidad en la práctica clínica?”*

La mayoría de los expertos (94,05%; n=79) respondieron que sí consideraban útil para la práctica clínica la versión del diagnóstico TPP planteada en el estudio. Un 4,76% (n=4) manifestaron dudas al respecto, comentando que lo podrían ver aplicable en ciertos casos, pero que en otras situaciones sería más adecuado plantear un problema de colaboración. Solo un experto respondió negativamente a la pregunta, argumentando que, según su opinión, el problema de salud incluido en el diagnóstico TPP corresponde a un problema de colaboración y no a un diagnóstico de enfermería ya que los profesionales de enfermería, no pueden abordarlo de forma autónoma.

Tras el análisis de las respuestas de los miembros del panel se identificaron diversas categorías temáticas (tabla 93). A continuación, se desarrollarán cada una de las categorías, incluyendo los comentarios de algunos panelistas para ilustrar las ideas y argumentos recogidos en cada una.

**Tabla 93. Categorías temáticas identificadas en el análisis de la pregunta abierta**

Categorías temáticas	n
DE muy necesario en salud mental	24
Tras retirada de VR-TPP de la clasificación, no existe otro DE que recoja ese tipo de problemas	14
Aborda un problema presente en pacientes con trastornos psiquiátricos	7
Aborda un problema presente en muchos pacientes	17
Su grado de abstracción puede dificultar su aplicación clínica	1
Bien planteado, amplía y completa la versión anterior del diagnóstico	4
Necesario seguir la investigación sobre el diagnóstico con proyectos de validación clínica	3
Puede ayudar en la valoración y a planificar los cuidados de forma sistemática	18
DE necesario porque aborda dominio psicosocial	4
Intervenciones derivadas de este diagnóstico de enfermería	5
DE que refleja un problema abordable desde el rol autónomo de enfermería	6
Valorado como posible problema de colaboración ya que algunos de sus FR no son tratables por enfermería de forma independiente	15

*n= nº de panelistas que realizaron un comentario dentro la categoría; DE= diagnóstico de enfermería; FR= factores relacionados*

La versión del diagnóstico de enfermería TPP planteada en el estudio es considerada por muchos panelistas fundamental y muy necesaria en el ámbito de salud mental.

*“No sólo resulta de utilidad. Resulta absolutamente fundamental. Para los que trabajamos con personas con patología mental este diagnóstico es una herramienta clave para enfocar nuestro trabajo de forma clara y focalizada.”*

Comentan que esta etiqueta diagnóstica describe un fenómeno que observan en sus pacientes en su práctica diaria y que abordan constantemente.

*“Sí. Es un diagnóstico muy frecuente en el área de salud mental y que comprende conceptos con los que trabajamos día a día en cualquiera de los niveles asistenciales y dispositivos de salud mental. Contar con este diagnóstico en la práctica clínica facilitaría la planificación de nuestros cuidados y la organización de las actividades que desarrollamos, muchas veces vinculadas a este.”*

*“Es imprescindible disponer de este diagnóstico a nivel psiquiátrico, con pacientes con patología mental se trabaja mucho el déficit cognitivo y este diagnóstico permite valorar el proceso del paciente aportando evidencia científica a nuestro trabajo.”*

Muchos de ellos explican que desde que el diagnóstico de enfermería VR-TPP fue retirado de la clasificación de la NANDA-I, encuentran muchas dificultades para plasmar ciertos aspectos del cuidado y aunque utilizan otros diagnósticos alternativos, no encuentran ninguno otro que se ajuste por completo a ciertas situaciones.

*“En el campo en el que desarrollo mi trabajo salud mental, es un diagnóstico muy frecuente. Las enfermeras podemos desarrollar un papel fundamental para trabajar todo lo referente a los trastornos del pensamiento o bien enseñar a nuestros pacientes a poder manejar dicha situación cuando esta es permanente. Actualmente tenemos que buscar otros diagnósticos, poco apropiados, para poder incluir los NOC y NIC que trabajamos actualmente para esta situación y en la que los profesionales de enfermería tenemos campo de actuación.”*

*“Por definición se ajusta a los pacientes psiquiátricos y de esta forma podemos remitirnos al mismo para elaborar el plan de cuidados específico para cada usuario. Considero que aunque existan otros diagnósticos con los que podemos trabajar, este es el más completo y cada día en la práctica clínica abarcamos tanto las características definitorias como los factores relacionados que se han nombrado en este cuestionario. Es*

*importante que en enfermería psiquiátrica pueda utilizarse un diagnóstico que realmente abarque todo lo que trabajamos con los pacientes.”*

Muchos de ellos inciden en que el diagnóstico bajo estudio es muy común en pacientes con trastornos psiquiátricos.

*“Sería muy UTIL, el área del pensamiento en muchas patologías de salud mental está afectada y con este tipo de diagnóstico se puede trabajar muchas manifestaciones y áreas de trabajo de enfermería que ahora lo hacemos con más de un diagnóstico porque no disponemos de uno en donde nos sea suficiente para reflejar todas las manifestaciones. El pensamiento está afectado en los grandes trastornos mentales, pero también en otras afectaciones temporales que se resuelven con éxito tras un tiempo de tratamiento.”*

Pero además, otros expertos exponen que además que ser un diagnóstico de enfermería aplicable en el contexto de salud mental a pacientes con trastornos psiquiátricos, representa un fenómeno que puede estar presente en muchos pacientes y también fuera del ámbito de la psiquiatría.

*“Sí, sobre todo en escenarios clínicos como salud mental, cuidados intensivos, unidades geriátricas, hospitalización de pacientes de edad elevada, situaciones de privación sensorial y atención domiciliaria”*

*“Si, en el ámbito hospitalario son muchas las personas que sufren procesos de pensamiento alterado como consecuencia de un ingreso o de someterse a intervenciones quirúrgicas, a mi juicio causado por un conjunto de factores como son un entorno extraño, medicaciones, anestesia, situaciones emocionales, etc. Con frecuencia en Quirófano y URPA vemos a personas mayores que se desorientan y presentan un cuadro confusional que complica o perjudica su estado de salud”*

En cuanto al planteamiento del diagnóstico de enfermería presentado, un experto comenta que su grado de abstracción puede dificultar su aplicación clínica. Por el contrario, otros cuatro panelistas afirman que les parece una propuesta rigurosa, que completa y amplía el diagnóstico VR-TPP. Tres personas apuntan que es preciso seguir con la investigación centrada en el mismo y desarrollar proyectos para su validación clínica.

*“Sí, de hecho al eliminar el anterior de Alteraciones del pensamiento, los procesos de atención enfermería en pacientes con patología de ideación delirante y/o alucinaciones*

*entre otras...quedan sin diagnóstico de enfermería apropiado. Creo que es un trabajo súper acertado y me alegra esta iniciativa, porque el anterior diagnóstico tampoco era de mi agrado al 100% y éste es seguro se acerca más al ideal y lo apropiado de los casos.”*

Un gran número de panelistas explican que consideran que el diagnóstico de enfermería propuesto puede ayudar en la valoración de enfermería e identificación de problemas y a planificar y registrar los cuidados de forma sistemática. Algunos de ellos inciden en que este diagnóstico permite actuaciones dentro del dominio psicosocial, donde es necesario la inclusión de más etiquetas diagnósticas.

*“Sí. Es un diagnóstico muy frecuente en el área de salud mental y que comprende conceptos con los que trabajamos día a día en cualquiera de los niveles asistenciales y dispositivos de salud mental. Contar con este diagnóstico en la práctica clínica facilitaría la planificación de nuestros cuidados y la organización de las actividades que desarrollamos, muchas veces vinculadas a este.”*

*“Absolutamente. Desde la retirada del mismo, las enfermeras especialistas en salud mental nos hemos visto con dificultades para recoger bajo una etiqueta diagnóstica las respuestas de nuestros pacientes a las afecciones o procesos vitales. Disponer de este diagnóstico nos va a permitir mejorar la calidad de nuestro trabajo y en definitiva mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.”*

En esta línea, algunos expertos describen algunas intervenciones de enfermería que pueden estar derivadas de este diagnóstico.

*“Me parece que puede ser de gran utilidad pues en el momento actual las intervenciones que realizamos como son la rehabilitación cognitiva, control de impulsos, todo lo relacionado con toma de conciencia... que está directamente relacionado con los trastornos de los procesos de pensamiento tenemos que justificarlas desde la intervención para otros diagnósticos. En gran parte de los trastornos mentales de larga evolución (esquizofrenia, trastorno bipolar...) intervenir en los trastornos del proceso de pensamiento mejoraría ciertos déficits de afrontamiento, de actividades o de conocimiento.”*

*“Aunque no se pueda abordar de manera directa el proceso del pensamiento siempre se puede ayudar al paciente y mejorar su calidad de vida; acompañarle; que adquiera*

*herramientas para convivir con su patología; conocer su proceso; minimizar los efectos en sus AVD, relaciones, funcionamiento....”*

Algunas de las respuestas de los panelistas a esta pregunta, reflejan la controversia existente con relación a qué debe ser considerado un diagnóstico de enfermería y qué un problema de colaboración. Por un lado, seis panelistas opinan que esta etiqueta diagnóstica recoge un problema abordable desde el rol autónomo de los profesionales de enfermería.

*“Por supuesto, la consulta de cualquier enfermero/a especialista en salud mental está llena de pacientes con trastorno en procesos del pensamiento y debe abordarse desde la perspectiva enfermera.”*

*“Disponer de este diagnóstico de enfermería en la taxonomía NANDA I puede ser de utilidad en la práctica clínica, pues identifica aquel problema de enfermería sobre el cual podemos actuar desde nuestro rol autónomo y define de forma clara una situación muy habitual especialmente en la práctica de la enfermería psiquiátrica.”*

Por otro lado, varios participantes manifiestan sus dudas ya que, según explican, algunos de los factores relacionados planteados no son susceptibles de ser solucionados de forma autónoma por los profesionales de enfermería y por lo tanto, en ocasiones esta etiqueta podría ser considerada como un problema de colaboración.

*“Como ya comenté en cuestionarios anteriores, para mí no son útiles etiquetas que no sean problemas enfermeros (V.H.), y si están relacionadas con otras etiquetas diagnósticas o diagnósticos médicos tampoco. Para utilizarlos con otros modelos enfermeros puede ser válida.” (V.H.=Virginia Henderson)*

*“Puede ser útil dependiendo de la causa o factor relacionado. Hay factores como las enfermedades neurodegenerativas, enfermedades psiquiátricas que son difíciles de modificar de forma independiente. Sí cuando los factores relacionados tienen que ver con un afrontamiento ineficaz, duelo, situación de estrés.”*

Alguno de los panelistas manifestó una opinión más rotunda al respecto.

*“Creo que no está suficientemente debatido y argumentado el concepto de DxE como respuesta humana. Si los factores relacionados son fisiopatológicos, por fármacos, alteraciones psicopatológicas y/o daño o lesión cerebral, no se trata de respuestas individuales, ni integrales, sino fisiopatológicas. En este caso, requieren abordaje*

*interdependiente. Desde mi punto de vista, no deberían ser trabajados como diagnósticos enfermeros, sino como problemas de colaboración.”*

## **5. Nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP validada en este estudio**

Finalmente, para concluir la segunda fase de este proyecto, se sintetizan los elementos del diagnóstico de enfermería TPP que han sido validados.

## Nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP validada

Etiqueta diagnóstica	
Trastorno del proceso de pensamiento	
Definición	
Alteración de la función cognitiva, que afecta a las operaciones mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.	
Características definitorias	
<b>Características definitorias mayores</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada</li> <li>▪ Expresa pensamientos no basados en la realidad</li> <li>▪ Alteración de la capacidad de juicio</li> <li>▪ Incapacidad para la toma de decisiones</li> </ul>	
<b>Características definitorias menores</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incapacidad para la planificación de actividades</li> <li>▪ Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas</li> <li>▪ Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad</li> <li>▪ Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria</li> <li>▪ Capacidad limitada para el control de impulsos</li> <li>▪ No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones</li> <li>▪ Susplicacia</li> <li>▪ Obsesiones</li> <li>▪ Fobias</li> <li>▪ Dificultad para la comunicación verbal</li> <li>▪ Respuesta emocional inapropiada a la situación</li> </ul>	
Factores relacionados	
<b>Psicológicos:</b>	<b>Situacionales:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)</li> <li>▪ Desorientación en tiempo, espacio y/o persona</li> <li>▪ Alucinaciones</li> <li>▪ Ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Temor/Miedo</li> <li>▪ Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)</li> <li>▪ Efectos secundarios del tratamiento</li> <li>▪ Estrés</li> </ul>
<b>Fisiopatológicos:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)</li> <li>▪ Confusión aguda</li> <li>▪ Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)</li> <li>▪ Trastornos neurodegenerativos (p. ej. Demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.)</li> <li>▪ Abuso de sustancias</li> </ul>	



## **IV.6 Propuesta de la nueva versión del diagnóstico TPP para enviar a la NANDA-I**

---

Como culminación de este proyecto de tesis doctoral, se enviará a la NANDA-I una propuesta basada en la versión validada del diagnóstico de enfermería TPP para su consideración por el Comité de Desarrollo Diagnóstico. Para ello, se ha realizado la traducción de todos los componentes del diagnóstico. Siguiendo las recomendaciones (Scroggins, 2010), se incluirán referencias recientes (5 últimos años) relacionándolas con cada uno de los elementos del diagnóstico de enfermería.

### Propuesta de la versión validada del diagnóstico de enfermería Trastorno del proceso de pensamiento

CASTELLANO	INGLÉS	Referencias
<b>Etiqueta diagnóstica</b>	<b>Diagnostic label</b>	
Trastorno del proceso de pensamiento	Disturbed thought process	1
<b>Definición</b>	<b>Definition</b>	
<i>Alteración de la función cognitiva, que afecta a las operaciones mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.</i>	<i>Alteration of the cognitive function, that affects to the mental operations involved in the elaboration of concepts and categories, reasoning and problem solving.</i>	1
<b>Características definitorias</b>	<b>Defining characteristics</b>	
<b>Características definitorias mayores</b>	<b>Major defining characteristics</b>	
Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada	Demonstrates a disorganized thinking pattern	1,3,5
Expresa pensamientos no basados en la realidad	Expresses unrealistic thoughts	1,4
Alteración de la capacidad de juicio	Altered judgment capacity	1, 16
Incapacidad para la toma de decisiones	Inability to make decisions	1, 16
<b>Características definitorias menores</b>	<b>Minor defining characteristics</b>	
Incapacidad para la planificación de actividades	Inability to plan activities	1,4, 16
Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas	Impaired ability to find solutions to everyday problems or situations	1,2,4,5,9, 16
Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad	Impaired ability to perform social roles according to his/her age	1,2,5,9
Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria	Difficulty to perform instrumental activities of daily living	1,2,6,15,13
Capacidad limitada para el control de impulsos	Impaired ability to impulse control	1
No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones	Does not understand or interpret adequately the meaning of events or situations	1,5
Suspiciousia	Suspiciousness	1
Obsesiones	Obsessions	1
Fobias	Phobias	1
Dificultad para la comunicación verbal	Difficulty in verbal communication	1,2,3
Respuesta emocional inapropiada a la situación	Inappropriate affective response to the situation	1

CASTELLANO	INGLÉS	Referencias
<b>Factores relacionados</b>	<b>Related factors</b>	
<b>Psicológicos</b>	<b>Psychological</b>	
Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)	Alteration of the lower-level cognitive processes (ej. Attention, concentration or memory)	1, 16
Desorientación en tiempo, espacio y/o persona	Disorientation in time, place and/or person	1
Alucinaciones	Hallucinations	1
Ansiedad	Anxiety	1
<b>Fisiopatológicos</b>	<b>Physiopathological</b>	
Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)	Psychiatric disorders (e.g. schizophrenia, schizotypal disorders, delusional disorders, bipolar disorders,)	1,2,7
Confusión aguda	Acute confusión	1
Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)	Brain injury (e.g. traumatic brain injury, stroke)	1,8,9,10
Trastornos neurodegenerativos (p. ej. Demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.)	Neurodegenerative disorders (e.g. dementia, Parkinson's disease, etc.)	1,11,12,13,14
Abuso de sustancias	Substance abuse	1
<b>Situacionales</b>		
Temor/Miedo	Fear	1
Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)	Traumatic situation or event (e.g. physical and/or psychological maltreatment, sexual abuse, torture, child trauma, repressed fears)	1
Efectos secundarios del tratamiento	Treatment side-effects	1
Estrés	Stress	1
<b>Resultados NOC</b>	<b>NOC Outcomes</b>	
Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)	Distorted thought self-control (1403)	
Toma de decisiones (0906)	Decision-making (0906)	
Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (0306)	Self-care: instrumental activities of daily living (IADL) (0306)	
Autocontrol de los impulsos (1405)	Impulse self-control (1405)	
Pensamiento abstracto (0919)	Abstract thinking (0919)	
<b>Intervenciones NIC</b>	<b>NIC Interventions</b>	
Reestructuración cognitiva (4700)	Cognitive restructuring (4700)	
Manejo de las ideas delirantes (6450)	Delusion management (6450)	
Mejorar el afrontamiento (5230)	Coping enhancement (5230)	
Ayuda con el autocuidado: aivd (1805)	Self-care assistance: IADL (1805)	
Entrenamiento para controlar impulsos (4370)	Impulse control training (4370)	

## REFERENCIAS DE LA PROPUESTA

1. Escalada Hernández, P. (2015). *Validación de contenido del diagnóstico de enfermería "Trastorno de los Procesos de Pensamiento"*. (Tesis doctoral), Universidad Pública de Navarra, Pamplona.
2. Escalada-Hernández, P., & Marín-Fernández, B. (2015). The nursing diagnosis disturbed thought processes in psychiatric patients: prevalence and associated characteristics.

- International Journal of Nursing Knowledge, in press, n/a-n/a. doi: 10.1111/2047-3095.12091*
3. 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.
  4. Persoon, A., Banningh, L. J., van de Vrie, W., Rikkert, M. G., & van Achterberg, T. (2011). Development of the Nurses' Observation Scale for Cognitive Abilities (NOSCA). *International Scholarly Research Network Nursing, 895082*.
  5. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC), measurement of health outcomes* (5th ed.). St Louis: Elsevier Mosby.
  6. Mayo, A. M., Wallhagen, M., Cooper, B. A., Mehta, K., Ross, L., & Miller, B. (2013). The relationship between functional status and judgment/problem solving among individuals with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 28*(5), 514-521.
  7. Vance, D. E., Dodson, J. E., Watkins, J., Kennedy, B. H., & Keltner, N. L. (2013). Neurological and psychiatric diseases and their unique cognitive profiles: implications for nursing practice and research. *Journal of Neuroscience Nursing, 45*(2), 77-87. doi: 10.1097/JNN.0b013e3182829038
  8. Ganesalingam, K., Yeates, K. O., Taylor, H. G., Walz, N. C., Stancin, T., & Wade, S. (2011). Executive functions and social competence in young children 6 months following traumatic brain injury. *Neuropsychology, 25*(4), 466-476. doi: dx.doi.org/10.1037/a0022768
  9. García-Molina, A., Guitart Bernabeu, M., & Roig-Rovira, T. (2010). Traumatismo craneoencefálico y vida cotidiana: el papel de las funciones ejecutivas. *Psicothema, 22*(3), 430-435. <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8873>
  10. Gioia, G. A., Kenworthy, L., & Isquith, P. K. (2010). Executive function in the real world: Lessons from Mark Ylvisaker. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 25*(6), 433-439. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181fbc272
  11. Kudlicka, A., Clare, L., & Hindle, J. V. (2013). Awareness of executive deficits in people with Parkinson's Disease. *Journal of the International Neuropsychological Society, 19*(05), 559-570. doi: doi:10.1017/S1355617713000064
  12. Kudlicka, A., Clare, L., & Hindle, J. V. (2014). Quality of life, health status and caregiver burden in Parkinson's disease: relationship to executive functioning. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(1), 68-76. doi: 10.1002/gps.3970
  13. Marshall, G. A., Rentz, D. M., Frey, M. T., Locascio, J. J., Johnson, K. A., & Sperling, R. A. (2011). Executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia, 7*(3), 300-308. doi: 10.1016/j.jalz.2010.04.005
  14. Martyr, A., & Clare, L. (2012). Executive function and activities of daily living in Alzheimer's Disease: A correlational meta-analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 33*(2-3), 189-203. doi: 10.1159/000338233
  15. Vaughan, L., & Giovanello, K. (2010). Executive function in daily life: Age-related influences of executive processes on instrumental activities of daily living. *Psychology and Aging, 25*(2), 343-355. doi: dx.doi.org/10.1037/a0017729
  16. Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema, 22*(2), 227-235. <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8895>

# V. DISCUSIÓN

---

El objetivo general del presente estudio ha sido el desarrollo y la validación de contenido de una nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP. Tras una primera fase de revisión conceptual se planteó una nueva versión del diagnóstico TPP, que en una segunda fase fue validada por un panel de expertos aplicando el modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring (1987,1994) y la técnica Delphi. La propuesta de diagnóstico de enfermería validada en este estudio será enviada al Comité de Desarrollo Diagnóstico de la NANDA-I para su valoración y posible inclusión en la taxonomía.

## 1. Revisión conceptual sobre el diagnóstico de enfermería VR-TPP

Como se ha explicado, el diagnóstico de enfermería VR-TPP fue excluido de la clasificación de diagnósticos de enfermería en la edición de 2012-2014 debido a la limitada evidencia existente en lo referente a su desarrollo conceptual y validación (Herdman, 2012). Esta realidad ha sido confirmada tras la extensa revisión bibliográfica realizada, en la que sólo se han identificado dos estudios de validación clínica y un estudio de validación de contenido que incluyeran esta etiqueta diagnóstica (Chung et al., 2010; González Carrión et al., 1997; Hancock et al., 1994). A nivel teórico se han localizado diversos artículos de discusión sobre el diagnóstico VR-TPP, en los que los autores identifican aspectos de mejora y/o hacen propuestas para completar o refinar sus elementos (Berry, 1987; Bondy et al., 1995; Hall, 1988; Harvey et al., 1999). Además autores de diversos manuales de referencia sobre diagnósticos de enfermería también han hecho aportaciones sobre el VR-TPP (Ackley & Ladwig, 2007; L. J. Carpenito, 2003; Doenges & Moorhouse, 1992; Kim et al., 1994; Luis Rodrigo, 2008; Ugalde Apalategui & Rigol i Cuadra, 1995; Wilkinson & Ahern, 2008).

De esta forma se ha visto que la bibliografía existente sobre el diagnóstico VR-TPP es de carácter más argumentativo, siendo muy escasos los trabajos de carácter empírico y/o teórico que hayan contribuido a sentar sus bases conceptuales. Como consecuencia, a pesar de que este diagnóstico estaba incluido en la clasificación de la NANDA-I desde su primera edición en 1973, sólo fue revisado en 1996, sufriendo modificaciones exclusivamente a nivel de redacción y no de contenido. Así, podría sorprender entonces, la falta de iniciativas al respecto durante todos estos años pasados y que la poca evidencia existente no haya sido utilizada para desarrollar una nueva revisión del diagnóstico dentro de la clasificación.

Otro aspecto que también ha puesto de manifiesto la revisión bibliográfica realizada es que, a pesar de lo señalado anteriormente, numerosos estudios evidencian que la prevalencia del diagnóstico de enfermería VR-TPP en determinadas áreas asistenciales es alta. Así, en el

contexto de salud mental se ha demostrado que este diagnóstico está presente entre el 40 y 50% de los pacientes y en la atención ancianos con demencia la cifra oscila entre el 25 y 50%, dependiendo del tipo de unidad. Aunque con menor frecuencia, diversos estudios han mostrado que la etiqueta VR-TPP también puede darse en pacientes en el ámbito comunitario o ingresados en unidades médico-quirúrgicas. Por otra parte, la alta prevalencia del diagnóstico de enfermería VR-TPP en personas con trastornos mentales ha sido también confirmada por los resultados del análisis secundario llevado a cabo en la primera fase de este proyecto. Este análisis ha aportado soporte empírico del diagnóstico en el ámbito clínico y ha ofrecido datos sobre su frecuencia. Sus resultados indican que cerca del 40% de los pacientes psiquiátricos y psicogerítricos estudiados presentaban el diagnóstico VR-TPP. Esta cifra variaba según el tipo de unidad, llegando al 50% en las unidades psicogerítricas de larga estancia.

A la luz de estos resultados queda demostrado que el diagnóstico de enfermería VR-TPP ilustra una respuesta humana que las enfermeras identifican en su práctica diaria y registran en sus planes de cuidados. Así opinaban el 86% de los expertos encuestados en el estudio liderado por Hancock (1994), que señalaron que esta etiqueta diagnóstica representaba un fenómeno de interés para enfermería y estaba dentro de su ámbito de actuación. Idea que también respalda el estudio realizado por Fraunfalaer y colegas (2011) en el que, entre los distintos fenómenos de salud abordados por enfermería en salud mental localizados en la literatura, estaba incluido *trastorno de los patrones de pensamiento*, equiparable al diagnóstico VR-TPP según estos autores. De esta forma, confirmada la idea de que el concepto descrito por la etiqueta TPP es relevante para la práctica enfermera e ilustra un problema dentro de su ámbito de actuación, queda justificada la necesidad de llevar a cabo este proyecto. Por ello, se consideró oportuno desarrollar un estudio en profundidad sobre este fenómeno para modificar su definición y características definitorias y plantear posibles factores relacionados con el propósito de plantear una nueva versión del diagnóstico TPP que ilustrara de forma adecuada la magnitud de esta respuesta humana.

Cada etiqueta diagnóstica representa un concepto que, a su vez, representa un fenómeno que concierne o compete a los profesionales de enfermería. Muchos de los problemas con los diagnósticos de enfermería residen en su pobre o inadecuado desarrollo conceptual (Avant, 1991). Cuando el concepto recogido en la etiqueta diagnóstica es muy complejo se aconseja identificar términos adicionales (Clark et al., 2000). En este caso, el núcleo del diagnóstico de enfermería TPP engloba un fenómeno muy abstracto a nivel conceptual como es el pensamiento. Por este motivo, en este proyecto se llevó a cabo un proceso de derivación

conceptual (Walker & Avant, 2011) con el objetivo de transformar la etiqueta “trastorno de los procesos de pensamiento” y establecer un núcleo diagnóstico más adecuado, con suficiente base teórica, conceptual y empírica. El proceso de derivación conceptual realizado permitió identificar los conceptos y constructos más relevantes, profundizar en sus elementos principales, atributos y características y finalmente seleccionar el concepto (núcleo) diagnóstico más adecuado para la nueva versión del diagnóstico TPP.

El primer paso en el proceso de derivación conceptual fue la inspección de la literatura dentro de la disciplina en cuestión sobre el fenómeno bajo estudio. En este proyecto, para la revisión sobre el fenómeno “procesos de pensamiento” en la bibliografía de enfermería se adoptaron tres enfoques distintos. En primer lugar, se realizó la revisión sistemática sobre la evidencia existente con relación a VR-TPP ya comentada. Complementariamente, se examinó el concepto bajo estudio desde dos perspectivas distintas. Por un lado se analizaron los usos y significados del término en sí (“procesos de pensamiento”) mediante un análisis temático. Por otro lado, el estudio se centró en los constructos “pensamiento” y “cognición” dentro de la disciplina de enfermería. Así, se llevó a cabo una revisión bibliográfica integradora para identificar los fenómenos y/o problemas de salud secundarios a alteraciones del pensamiento que son abordados por los profesionales de enfermería y examinar cómo estos profesionales valoran la función cognitiva.

Tras la revisión realizada, se ha podido apreciar como en la literatura está presente una noción sobre una respuesta humana que es competencia de los profesionales de enfermería relacionada con las alteraciones del pensamiento y las operaciones mentales. De esta forma se ha podido ver cómo diversos autores han intentado etiquetar y catalogar los fenómenos de salud relacionados con las alteraciones en el pensamiento como diagnósticos de enfermería (Bondy et al., 1995; Campbell, 1994; O'Toole & Loomis, 1989, 1990). Asimismo, se ha comprobado que existen resultados NOC e intervenciones NIC para abordar dichos fenómenos. Por otra parte, se han presentado diversos modelos teóricos que incluyen aspectos relacionados con el pensamiento (juicio, toma de decisiones, resolución de problemas) como elementos fundamentales para valorar las necesidades de cuidado de las personas (Kerr, 1990; Orem et al., 2003; West & Isenberg, 1997).

Sin embargo, resulta evidente que dicha respuesta humana no está claramente definida ni perfilada a nivel conceptual. Su estado actual sería lo que Morse y colegas (1996) califican como “concepto inmaduro” para el que no existe una definición clarificadora, ni están identificadas sus características, antecedentes y resultados y tampoco están delineados sus



límites. En estos casos, estos autores recomiendan el desarrollo de investigación adicional con el propósito de refinar y perfilar el concepto.

Es por ello que, como siguiente paso en el proceso de derivación conceptual, se consultó bibliografía en campos alternativos de conocimiento como psicología, medicina y psiquiatría. Varios autores habían mencionado la necesidad de considerar fuentes de conocimiento externas a la disciplina de enfermería con el fin de completar y refinar conceptualmente el diagnóstico de enfermería VR-TPP y sus componentes (Harvey et al., 1999; Ried & Dassen, 2000). Se realizó una profundización en los constructos cognición y pensamiento, llegando a la conclusión de que no existe unanimidad ni criterios universales a la hora de definir dichos conceptos ni las dimensiones o dominios que los conforman a nivel operativo. Eisenhauer y colegas (2007) explican que la falta de unanimidad y la pluralidad existente en los términos relacionados con el pensamiento y las operaciones mentales, son un reflejo de la complejidad asociada a la búsqueda de vocablos o expresiones adecuadas para ilustrar estos conceptos, a veces tan abstractos. Dada la falta de acuerdo existente en otras disciplinas, se consideró necesario avanzar hacia el consenso entre los profesionales de enfermería con relación a la definición y atributos del concepto *proceso de pensamiento*. Tal y como Caldeira y colegas (Caldeira, Campos Carvalho, & Viera, 2013) plantean en el caso de la espiritualidad, el principal foco del debate en torno al fenómeno bajo estudio (el proceso de pensamiento y su alteración) deben ser las implicaciones para el cuidado de enfermería y la confluencia del *proceso de pensamiento* con aspectos específicos ligados a la esencia de la práctica enfermera. Para contribuir al consenso y claridad conceptual, en base a la revisión teórica realizada se desarrolló un modelo conceptual del pensamiento entendido como un proceso cognitivo complejo (Figura 11. Modelo conceptual: Pensamiento como proceso). Dicho modelo fue el fundamento y punto de partida para designar el núcleo diagnóstico: “proceso de pensamiento” y desarrollar todos los elementos de una nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP.

El resultado de todo el trabajo conceptual y teórico llevado a cabo en la primera fase de este estudio fue una propuesta de diagnóstico de enfermería cuyo núcleo era “proceso de pensamiento” y estaba compuesta por su correspondiente etiqueta diagnóstica (con cinco opciones diferentes planteadas) y definición, 20 características definitorias y 22 factores relacionados.

## 2. Validación de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP

En la segunda fase del estudio, mediante tres rondas Delphi, se logró alcanzar el consenso entre los miembros del panel de expertos para la mayoría de los elementos propuestos de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP. Posteriormente, se aplicó el modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring (1987) para determinar la validez de cada uno de estos elementos.

### Composición del panel de expertos

Con el fin de asegurar que el panel estuviera formado por el número de expertos fijado, que en este caso fue 100, la información sobre el estudio fue difundida entre un gran número de profesionales de enfermería considerados como expertos potenciales y en diversos foros relevantes (miembros de asociaciones científicas relacionadas o asistentes a un simposium sobre nomenclatura enfermera). El reclutamiento se realizó mediante la técnica *snowball sampling*, solicitando a la persona contactada que identificara a otros posibles participantes entre sus colegas. La respuesta de los profesionales invitados a participar fue muy positiva y 115 de ellos manifestaron su deseo de hacerlo. Cabe mencionar que, aunque se realizó un esfuerzo específico por incluir a participantes de Latinoamérica, sólo tres panelistas tenían esta procedencia. Esto puede ser debido, en parte, a que el equipo de investigación no contaba con una red de contactos muy amplia en este contexto.

Finalmente, en la primera ronda el panel estuvo formado por 95 expertos, en la segunda por 91 y en la tercera por 84. Como se ha explicado en el bloque de Metodología, no existen indicaciones concretas sobre el número adecuado de panelistas ni con relación a la aplicación de la técnica Delphi ni en los estudios de validación de diagnósticos de enfermería. Teniendo en cuenta que el tamaño del panel en los estudios de este tipo más recientes varía de 18 (Chaves et al., 2010) a 208 expertos (Paloma-Castro et al., 2014), el número final de panelistas que participaron en este estudio se puede considerar adecuado.

El abandono de algún miembro del panel a lo largo de las rondas suele ser muy común en los estudios Delphi. Así, existe el riesgo de que la tasa de respuesta descienda de forma considerable en las últimas rondas, pudiendo incluso afectar a la validez de los resultados. Este riesgo aumenta, conforme aumenta el número de rondas realizadas (Keeney et al., 2011). En este estudio, la tasa de respuesta se mantuvo muy estable hasta la ronda final, disminuyendo sólo en un 11,6% (n=11). Este resultado tan positivo puede ser debido a la aplicación de las medidas explicadas en el bloque de Metodología con las que se buscaba alcanzar un buen

índice de respuesta. Asimismo, se podría argumentar que la buena tasa de participación obtenida se debe también, en parte, a la buena disposición de los panelistas y a su alto grado de implicación en el proyecto suscitada por la relevancia que pudiera tener para ellos el tema de estudio.

Considerando los dos perfiles de expertos incluidos, la composición del panel fue equilibrada, con 49 expertos académicos y 46 expertos en salud mental. Se encontraron diferencias significativas entre ambos subgrupos con relación a la edad y años desde obtención del título de Enfermería, detectando mayores cifras en los expertos académicos. Esto es coherente con el hecho de que normalmente, la incorporación al mundo académico tiene lugar tras unos años de ejercicio profesional, lo que hace que la media de edad entre los docentes/investigadores pueda ser mayor que la de los profesionales de enfermería en activo.

Con relación a los criterios de selección de los expertos, como ya se ha explicado, se adoptó un enfoque algo conservador por el que se intentó mantener un equilibrio entre establecer unos parámetros mínimos para asegurar el reclutamiento de verdaderos expertos y evitar que dichos parámetros fueran demasiado restrictivos como para impedir localizar a un número suficiente de participantes. Sin embargo, los resultados indican que los panelistas de ambos subgrupos exceden de forma considerable los criterios mínimos establecidos, confirmando la calidad del panel y reforzando así la validez de los hallazgos de este estudio. Se puede ver como la mayoría de los expertos académicos poseen una titulación académica superior al nivel de máster exigido, cuentan con una amplia formación sobre metodología enfermera y diagnósticos de enfermería, poseen una dilatada experiencia en docencia relacionada y han desarrollado una extensa producción científica sobre el tema. Por su parte, los expertos del otro subgrupo son especialistas en salud mental con muchos años de experiencia asistencial utilizando los diagnósticos de enfermería en su práctica clínica. Además, se ha visto que cuentan con formación específica sobre el tema y alrededor de la mitad de ellos incluso han impartido docencia y/o participado en publicaciones relacionadas con metodología enfermera y diagnósticos de enfermería.

En los estudios de validación de contenido de los diagnósticos de enfermería, una adecuada selección de los miembros del panel es fundamental para asegurar la validez de los resultados obtenidos. Por este motivo, los criterios para su selección deben estar adecuadamente definidos y asegurar la inclusión de profesionales con un verdadero perfil de experto (Levin & Wilkinson, 2001). Tal y como se ha expuesto en el apartado de metodología, en este estudio se aplicaron unos criterios de selección específicamente diseñados para este estudio.

Tras la finalización de la segunda fase de este estudio, se publicó la propuesta de un nuevo sistema de puntuación para la calificación de expertos en estudios de validación de diagnósticos de enfermería (Quatrini Carvalho Passos Guimarães et al., 2015). La mayoría de los aspectos incluidos en dicho sistema de puntuación han sido valorados para la selección de los componentes del panel en el presente estudio. Sin embargo, se aplicaron unos criterios de inclusión/exclusión previos y no un sistema de puntuación. La opinión de los investigadores es que este enfoque es más ventajoso desde el punto de vista logístico y práctico.

Por otro lado, para complementar la información sobre el perfil de los panelistas, se valoró su actitud hacia los diagnósticos de enfermería mediante la EPADE. Los resultados demostraron que la inmensa mayoría mostraban una actitud muy positiva, no habiendo diferencias significativas entre ambos subgrupos. Este hallazgo es el que cabría esperar, dado que el hecho de desear formar parte en un proyecto para la validación de un diagnóstico de enfermería implica la presencia de cierto interés e inquietud sobre el tema.

A modo exploratorio se analizó la correlación entre el índice de validez de contenido diagnóstico y la puntuación en la EPADE, el coeficiente obtenido ( $r=0,307$ ) indicó la existencia de una correlación muy modesta. Se podría argumentar que este resultado demuestra la objetividad de los panelistas en sus respuestas. Así, el hecho de tener una actitud muy positiva hacia los diagnósticos de enfermería (demostrada por una mayor puntuación en la EPADE) no ha tenido por qué conllevar una mejor valoración a los elementos del diagnóstico (reflejado en el índice de validez de contenido diagnóstico).

### **Elementos del diagnóstico de enfermería propuesto: consenso entre los panelistas**

Dado que el diagnóstico VR-TPP ha sido calificado como demasiado abstracto y general (L. J. Carpenito, 2003; Ugalde Apalategui & Rigol i Cuadra, 1995), se planteó el uso de diferentes descriptores en la etiqueta para comprobar si a los panelistas les parecía más adecuada alguna otra opción distinta a “trastorno”. Así, en la ronda 1 se propusieron 5 opciones diferentes consistentes en la combinación del núcleo diagnóstico “proceso de pensamiento” y los descriptores: disfuncional, ineficaz, desorganizado, deterioro y trastorno. Las dos etiquetas por las que el panel mostró una mayor preferencia fueron “trastorno del proceso de pensamiento” y “proceso de pensamiento disfuncional”. Con relación a la primera, los panelistas comentaron que la consideraban más general, clara y familiar, implicando una repuesta alterada de forma reversible sobre la que el profesional de enfermería podría actuar. Los argumentos a favor de la segunda opción apuntados por los panelistas iban en la misma dirección, sugiriendo que esa etiqueta implicaba una alteración en la función, lo que ilustra un problema susceptible de

atención enfermera. Finalmente, la etiqueta seleccionada por la mayoría de los expertos (n=53; 63,10%) en la tercera ronda fue “trastorno del proceso de pensamiento”, revelando un deseo de seguir en la misma dirección de la antigua versión del diagnóstico VR-TPP.

El intercambio de opiniones y comentarios entre el panel de expertos y el investigador que permite la aplicación de la técnica Delphi, resultó ser muy ventajoso para el desarrollo de la definición. Así, se pasó de que sólo un 30% de los panelistas valorara la definición planteada en la primera ronda como muy clara y precisa (puntuación=5) o completamente clara y precisa (puntuación=6) a que lo hicieran un 70% de ellos en la tercera ronda. Como se ha explicado, la definición incluida en la primera ronda fue elaborada a partir de la revisión conceptual de la primera fase del proyecto y a lo largo de las rondas se fue modificando en base a los comentarios realizados por los miembros del panel, consiguiendo alcanzar el consenso en la tercera ronda. Las aportaciones de los panelistas no modificaron el contenido de la definición a nivel conceptual. Las sugerencias realizadas fueron a nivel de expresión y redacción, aportando una mayor claridad y simplicidad a la definición inicialmente propuesta y haciéndola más operativa para su aplicación clínica. La utilidad de la técnica Delphi para construir definiciones consensuadas por un panel de expertos ha sido demostrada en otros estudios. Ferguson y colegas (2005) desarrollaron un estudio Delphi de 4 rondas con el propósito de elaborar una definición de síndrome de distress respiratorio agudo con sus correspondientes indicadores clínicos. Estos autores concluyeron que esta técnica resulta muy ventajosa y permite establecer un consenso para aquellas entidades clínicas difíciles de definir mediante métodos formales (Ferguson et al., 2005).

Los resultados relativos al consenso sobre las características definitorias y factores relacionados son muy positivos. En ninguno de los casos el acuerdo entre los panelistas se situó en el extremo negativo de la escala, sustentando la validez del trabajo conceptual realizado en la primera fase del estudio. En 15 de las 20 características definitorias propuestas se logró el consenso siendo consideradas indicativas del diagnóstico bajo estudio. El número de factores relacionados para los que se obtuvo acuerdo entre los panelistas fue menor, siendo alcanzado en 13 de los 23 factores relacionados planteados.

Analizando las observaciones realizadas por los panelistas con relación a las cinco características definitorias para las que no se llegó al acuerdo, se pueden descubrir los posibles motivos para ello. Por un lado, respecto a la característica definitoria número 3 (*alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción*) un experto ha apuntado que puede ser difícil de entender. A nivel teórico, esta característica hace referencia a uno de los tres

dominios en los que se descompone el concepto *proceso de pensamiento* (ver Figura 11-Modelo conceptual: Pensamiento como proceso). Al contrario de lo que sucede con los otros dos dominios: razonamiento y resolución de problemas, el dominio categorización y los términos asociados (conceptualización y abstracción) aparecen en menor medida en la literatura de medicina y enfermería y son constructos más específicos de psicología. De esta forma, la falta de consenso podría explicarse por el hecho de que los panelistas pudieran estar menos familiarizados con dichos conceptos. En contraste a este resultado, la característica definitoria *incapacidad para la abstracción/conceptualización* (*altered ability to abstract/conceptualize*) fue validada en el trabajo de Hancock y colegas (1994), aparece en el manual de Kim (1994) y es recogida en la discusión teórica de Hall (1988).

Los argumentos expresados por los panelistas sobre las restantes 4 características sin consenso (*dificultad para el afrontamiento; dependencia para las actividades básicas de la vida diaria; capacidad limitada para las relaciones sociales; conductas agresivas*) se centran principalmente en que no son consideradas específicas ni exclusivas de este diagnóstico de enfermería, pudiendo incluso ser más representativas de otras etiquetas diagnósticas. Si bien es cierto que dichos aspectos no son exclusivos del diagnóstico de enfermería TPP, fueron incluidos porque existía evidencia empírica sobre su relación con el mismo. Por ejemplo, en su revisión bibliográfica, Sands y colaboradores (2012) identificaron la presencia de pensamiento desorganizado como uno de los factores de riesgo de comportamientos violentos en los pacientes. Por otro lado, en el estudio sobre VR-TPP en el ámbito clínico desarrollado en la primera fase de este trabajo, se demostró que la presencia de dicho diagnóstico estaba relacionado de forma significativa con las etiquetas diagnósticas *deterioro de la interacción social* (00052) y *déficit de autocuidado: baño* (00108).

Como se ha expuesto, en el VR-TPP no incluía factores relacionados. Este hecho podría explicar el menor número de factores relacionados para los que se alcanzó el consenso entre los panelistas. No se alcanzó el acuerdo, según los parámetros establecidos, en 10 de los factores relacionados propuestos (*afrontamiento ineficaz, alteración de los órganos de los sentidos, insomnio, trastornos bioquímicos, duelo, duelo patológico, aislamiento social, privación sensorial, dolor y envejecimiento*). Sin embargo, todos ellos fueron calificados con una puntuación igual o mayor a 4 (bastante, muy, completamente relacionado) por más del 60% de los miembros del panel. Aunque dichos ítems no recibieron muchas observaciones por parte de los panelistas, las ideas más repetidas fueron que no eran considerados causas del diagnóstico TPP o que no eran modificables por parte de enfermería. Estos 10 factores relacionados habían sido sugeridos por diferentes manuales de diagnósticos de enfermería (L.

J. Carpenito, 2003; Doenges & Moorhouse, 1992; Garrido Abejar, 2000; Luis Rodrigo, 2008) y fundamentados en diferentes artículos de investigación. Se mencionarán algunos a modo de ejemplo.

En el caso del factor relacionado *envejecimiento* se contaba con la evidencia empírica del estudio de la primera fase cuyos resultados mostraban que la edad de los pacientes con VR-TPP se situaba de forma más frecuente entre los 51 y 84 años. Complementariamente, en un estudio de validación de contenido (Chaves et al., 2010) *envejecimiento (aging)* había sido validado como factor relacionado del diagnóstico de enfermería *deterioro de la memoria* (00131). Por otro lado, se ha visto que la función ejecutiva puede verse afectada en el proceso de envejecimiento (Vance et al., 2012). La inclusión de *dolor* como factor relacionado estaba fundamentada por el artículo de García Corrêa y de Lopes Monteiro da Cruz (2000). En dicho estudio se llevó a cabo la validación clínica del diagnóstico de enfermería *dolor* (00132) en pacientes en el postoperatorio de cirugía cardíaca y el *deterioro del proceso de pensamiento (impaired thought process)* fue validado como una característica definitoria menor del mismo.

El afrontamiento es un constructo muy relevante dentro del ámbito de actuación de enfermería. Así lo constata el hecho de que la clasificación NANDA-I incluya hasta 8 etiquetas diagnósticas que lo aborden (Herdman, 2012). Considerado la definición del diagnóstico *afrontamiento ineficaz* (00069): “*Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles*” (Herdman, 2012, p. 343) se puede ver como este aspecto está muy relacionado a nivel conceptual con el diagnóstico de enfermería desarrollado en este estudio. Por este motivo, se propuso la característica definitoria *dificultad para el afrontamiento* y el factor relacionado *afrontamiento ineficaz*. Sin embargo, en ninguno de los dos casos se alcanzó un nivel de acuerdo entre los panelistas suficiente.

### Elementos del diagnóstico de enfermería propuesto: validación de contenido

Los resultados en el cálculo del ICD permitieron establecer la validez de todos aquellos elementos del diagnóstico bajo estudio para los que se había logrado consenso entre los miembros del panel. Así, la versión validada del diagnóstico de enfermería *trastorno del proceso de pensamiento* consta de su correspondiente definición, de 15 características definitorias y de 13 factores relacionados. Los valores del ICD obtenidos para cada uno de estos elementos estuvieron entre 0,73 y 0,83. Estas cifras sugieren un consistente grado de validación, situándose muy alejadas del punto de corte para el descarte de ítems marcado en 0,49 (Fehring, 1987). Valorando el diagnóstico de forma global, el índice de validez de

contenido diagnóstico resultante fue de 0,99, confirmando así que la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP desarrollada en este proyecto es representativa de la respuesta humana bajo estudio. Estos resultados apoyan el uso de este diagnóstico de enfermería en planes de cuidados tanto individualizados como estandarizados de aquellas personas que experimentan una alteración del pensamiento entendido como un proceso cognitivo complejo, es decir una alteración del estado cognitivo, específicamente de la función ejecutiva.

El hecho de que se haya establecido la validez de todos los elementos consensuados con cifras considerablemente altas en los índices de validación, refuerza el uso de la técnica Delphi en los estudios para la validación de contenido de diagnósticos de enfermería. En este estudio, el proceso de intercambio de opiniones entre el panel de expertos y los investigadores que ha tenido lugar a lo largo de las tres rondas, ha permitido perfilar la propuesta inicial y sus elementos, avanzando hacia una mejor valoración de los mismos. La versión del diagnóstico resultante no sólo integra y refleja las conclusiones del trabajo conceptual desarrollado por los investigadores, sino también la visión de los expertos que conformaban el panel. De esta forma, los panelistas han jugado un papel más activo en el proceso de validación, lo que ha permitido desarrollar un diagnóstico de enfermería con una validez muy sólida. Dado que el objeto de este estudio era un fenómeno muy complejo y para el que no existía consenso en la literatura (Molina González, 2006), con la realización de sólo una ronda de consulta se hubieran obtenido conclusiones muy diferentes, y seguramente más negativas, con relación a la validez de la propuesta de diagnóstico.

Comparando la VR-TPP y la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP desarrollada en este estudio se pueden ver claras diferencias (Tabla 94). Dado que la VR-TPP no contaba con suficiente base conceptual y empírica, no se buscó integrar directamente sus componentes en la versión del TPP planteada. Contando con una consistente base conceptual y empírica, la propuesta de diagnóstico de enfermería validada pretende ilustrar la misma respuesta humana que la VR-TPP pero de forma más clara y precisa, siendo de mayor utilidad clínica. Se espera que este diagnóstico de enfermería reformado contribuya a una mejora en la calidad de los cuidados de enfermería a los pacientes que experimentan una alteración en el proceso de pensamiento, lo que se traduce en un trastorno del funcionamiento cognitivo en su función ejecutiva.



Tabla 94. Tabla comparativa: VR-TPP vs. Nueva versión TPP

VR-TPP (NANDA-I, 2010)	Nueva versión TPP validada
<b>Etiqueta</b>	<b>Etiqueta</b>
Trastorno de los procesos de pensamiento	Trastorno del proceso de pensamiento
<b>Definición</b>	<b>Definición</b>
Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas.	Alteración de la función cognitiva, que afecta a las operaciones mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.
<b>Características definitorias</b>	<b>Características definitorias</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disonancia cognitiva</li> <li>▪ Facilidad para distraerse</li> <li>▪ Egocentrismo</li> <li>▪ Hipervigilancia</li> <li>▪ Hipovigilancia</li> <li>▪ Interpretación inexacta del entorno</li> <li>▪ Pensamiento inapropiado</li> <li>▪ Déficit de memoria</li> </ul>	<p><b>Características definitorias mayores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada</li> <li>▪ Expresa pensamientos no basados en la realidad</li> <li>▪ Alteración de la capacidad de juicio</li> <li>▪ Incapacidad para la toma de decisiones</li> </ul> <p><b>Características definitorias menores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incapacidad para la planificación de actividades</li> <li>▪ Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas</li> <li>▪ Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad</li> <li>▪ Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria</li> <li>▪ Capacidad limitada para el control de impulsos</li> <li>▪ No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones</li> <li>▪ Susplicacia</li> <li>▪ Obsesiones</li> <li>▪ Fobias</li> <li>▪ Dificultad para la comunicación verbal</li> <li>▪ Respuesta emocional inapropiada a la situación</li> </ul>
<b>Factores relacionados</b>	<b>Factores relacionados</b>
Pendientes de desarrollo	<p><b>Psicológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)</li> <li>▪ Desorientación en tiempo, espacio y/o persona</li> <li>▪ Alucinaciones</li> <li>▪ Ansiedad</li> </ul> <p><b>Fisiopatológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)</li> <li>▪ Confusión aguda</li> <li>▪ Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)</li> <li>▪ Trastornos neurodegenerativos (p. ej. Demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.)</li> <li>▪ Abuso de sustancias</li> </ul> <p><b>Situacionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Temor/Miedo</li> <li>▪ Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)</li> <li>▪ Efectos secundarios del tratamiento</li> <li>▪ Estrés</li> </ul>

Examinando la definición del diagnóstico de enfermería TPP finalmente validada (*Alteración de la función cognitiva, que afecta a las operaciones mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas*) se puede ver como incluye las tres dimensiones o dominios en los que se divide operativamente el pensamiento entendido como proceso cognitivo complejo (Crespo León, 1997; Sanz de Acedo Lizarraga et al., 1997). La inclusión de estas dimensiones aporta claridad y puede ayudar a las enfermeras a identificar el fenómeno en la práctica clínica de forma más sencilla. La mención de las actividades cognitivas concretas que se pueden ver afectadas está en la línea de las modificaciones de la definición de la VR-TPP sugeridas por Carpenito (2003) y Wilkinson y Ahern (2008), y que han sido explicadas en el bloque de resultados. De esta forma se consigue que la definición no resulte tan abstracta y general como la incluida en la VR-TPP al no hablar de operaciones cognitivas en general y concretar aquellas que se pueden ver específicamente afectadas en los pacientes con TPP. Así, la definición propuesta supera una de las principales críticas realizadas a la definición de la VR-TPP sobre su falta de operatividad, su alto grado de abstracción y su difícil comprensión práctica (Ugalde Apalategui & Rigol i Cuadra, 1995).

De las 15 características definitorias validadas, 4 de ellas fueron validadas como mayores y 11 como menores. El gran número de características definitorias valoradas por los panelistas como representativas del diagnóstico de enfermería bajo estudio, demuestra el gran impacto causado por este sobre las personas que lo experimentan y que se refleja no sólo en su afectación cognitiva, sino también en la limitación de su capacidad para desenvolverse adecuadamente en las situaciones cotidianas. Así lo sugieren los resultados del estudio empírico realizado en la primera fase de este proyecto que indican que los pacientes con VR-TPP suelen experimentar una mayor severidad o número de problemas y necesidades de cuidado. Como se ha explicado en el bloque de resultados, se ha demostrado que la presencia de este diagnóstico de enfermería está asociada de forma significativa con un mayor número de diagnósticos de enfermería en el plan de cuidados y una mayor severidad de los problemas asociados a la enfermedad mental, valorados mediante la escala HoNOS. Otros estudios también han establecido una relación entre el deterioro cognitivo (incluyendo la capacidad para la resolución de problemas) y una mayor afectación del estado funcional (da SilvaTalmelli, Martins Gratao, Kusumota, & Partezani Rodrigues, 2010; Hall, 1988).

Por otro lado, también es cierto, que un gran número de características definitorias puede dificultar la aplicación clínica de este diagnóstico de enfermería, y por lo tanto, sería necesario

el desarrollo de estudios adicionales, principalmente de validación clínica, que permitieran concretar y reducir su número. El uso de número limitado de características definitorias que resulten concisas y descriptivas puede fomentar la aplicabilidad de un determinado diagnóstico de enfermería y contribuir a mejorar la precisión con que se utiliza (Sparks & Lien-Gieschen, 1994).

Sólo existe otro estudio de validación de contenido anterior centrado en el diagnóstico de enfermería VR-TPP (Hancock et al., 1994) con el que se puedan comparar los resultados obtenidos respecto a las características definitorias. En dicho estudio, sólo fueron validadas 10 características definitorias de una lista de 29 presentada al panel de expertos. Dos características definitorias fueron validadas como mayores y 8 como menores. Una las mayores coincide con una característica definitoria de la propuesta de diagnóstico desarrollada aquí, también validada como mayor: *incapacidad para la toma de decisiones (impaired ability to make decisions)*. La otra característica definitoria mayor validada por Hancock y colegas (*incapacidad para la resolución de problemas (impaired ability to problem solve)*) es comparable a otra característica definitoria validada como menor en el presente estudio (*capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas*). Las 8 características definitorias validadas como menores en la investigación liderada por Hancock incluían: disminución de la capacidad para entender ideas (*decreased ability to grasp ideas*), capacidad de atención alterada (*altered attention span*), alteración de la capacidad para la abstracción/conceptualización (*altered ability to abstract/conceptualize*), pensamiento inapropiado no basado en la realidad (*inappropriate nonreality-based thinking*), problemas o déficit de memoria (*memory deficit or problem*), facilidad para la distracción (*distractibility*), afecto inapropiado (*inappropriate affect*) y desorientación en tiempo (*disorientation to time*) (Hancock et al., 1994). De estas, sólo dos son similares a las características definitorias de la versión del diagnóstico TPP validada en este estudio. Por un lado, el *pensamiento inapropiado no basado en la realidad* estaría relacionado con la característica *expresa pensamientos no basados en la realidad* validada aquí. Por otro, la característica *afecto inapropiado* sería comparable a la característica definitoria incluida en este estudio *respuesta emocional inapropiada a la situación*.

Además de valorar la representatividad de cada característica definitoria, según el modelo de validación de Fehring, Hancock y colaboradores (1994) solicitaron al grupo de expertos que identificaran aquellos ítems más discriminantes para los diagnósticos VR-TPP y *trastorno de la percepción sensorial (00122)*. Para el diagnóstico que nos ocupa, las características definitorias puntuadas como las más discriminantes y específicas del mismo fueron: secuencia de

pensamiento desordenada (*disordered thought sequencing*), pensamiento no basado en la realidad (*nonreality-based thinking*), incapacidad para la toma de decisiones (*impaired ability to make decisions*), incapacidad para la resolución de problemas (*impaired ability to problem solve*) y abstracción alterada (*altered abstraction*). A excepción de la última característica, el resto son similares a algunas incluidas en la nueva versión del diagnóstico TPP validada, siendo tres de ellas comparables a características definitorias validadas como mayores (*muestra una secuencia de pensamiento desorganizada, expresa pensamientos no basados en la realidad, incapacidad para la toma de decisiones*). En base a este hallazgo se podría argumentar que la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP desarrollada y validada en esta investigación es más específica y concreta que la VR-TPP, superando así la crítica sobre su solapamiento y similitud con la etiqueta diagnóstica *trastorno de la percepción sensorial* (00122) (Carpenito, 1985; Hancock et al., 1994).

Finalmente, se validaron 13 factores relacionados, compensando así la carencia de la VR-TPP que no contaba con ninguno. Los factores relacionados son aspectos que demuestran tener alguna relación con el diagnóstico de enfermería en cuestión. Esta relación normalmente es de tipo causal, pero también se pueden incluir antecedentes u otros aspectos asociados al diagnóstico (Herdman, 2012). Siguiendo las categorías propuestas por Carpenito (2003), los 13 factores relacionados validados en este estudio se podrían clasificar en cuatro grupos: **fisiopatológicos-psicológicos** (*alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria), desorientación en tiempo, espacio y/o persona, alucinaciones, ansiedad*); **fisiopatológicos-biológicos** (*trastornos psiquiátricos (p.ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar), confusión aguda, lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular), trastornos neurodegenerativos (p. ej. demencia, enfermedad de Parkinson, etc.), abuso de sustancias*); **de situación** (*temor/miedo, situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos), estrés*) y **relacionados con el tratamiento** (*efectos secundarios del tratamiento*).

Creason (2004) determinó que existía una escasez de estudios centrados en los factores etiológicos de los diagnósticos de enfermería. Esta autora enfatizaba la importancia de abordar el estudio de la etiología dado que es la base para la planificación de los cuidados de enfermería, animando a la incorporación de los factores relacionados en los estudios de validación de los diagnósticos de enfermería. Así, se ha realizado en esta investigación, pidiendo a los panelistas que valoraran 23 factores relacionados potenciales, de los que se ha conseguido validar 13. Aunque para confirmar estos resultados será preciso llevar a cabo

estudios de validación clínica y otros con diseños que permitan establecer una relación causal como estudios con diseños analíticos, cuasi-experimentales o ensayos clínicos, las conclusiones obtenidas son un buen punto de partida. Los factores relacionados propuestos cuentan con el sustento del trabajo teórico y la revisión conceptual realizada en la primera fase de este proyecto. Muchos de ellos son mencionados en diferentes manuales sobre diagnósticos de enfermería desarrollados por autores que poseen reconocida y dilatada experiencia y conocimiento sobre el tema (L. J. Carpenito, 2003; Luis Rodrigo, 2008). Además, se han localizado diversos estudios de investigación que apoyan a algunos de los factores relacionados validados.

Según el planteamiento teórico realizado en este estudio, la función ejecutiva es el dominio de la función cognitiva que principalmente se ve afectado en los pacientes con el diagnóstico de enfermería TPP. Como apoyo a los diferentes factores relacionados validados, se han encontrado diferentes estudios que demuestran la afectación de la función ejecutiva y sus consecuencias en pacientes con distintas patologías como son la Enfermedad de Alzheimer (Marshall et al., 2011; Martyr & Clare, 2012), Parkinson (Kudlicka, Clare, & Hindle, 2013, 2014) o traumatismos craneoencefálicos (Ganesalingam et al., 2011; García-Molina, Guitart Bernabeu, & Roig-Rovira, 2010; Gioia, Kenworthy, & Isquith, 2010).

Respecto al factor relacionado *trastornos psiquiátricos* (p.ej., *esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar*), son destacables los trabajos de liderados Vance dentro del campo de la enfermería neurocientífica (Vance et al., 2013; Vance et al., 2012) por sus interesantes planteamientos y la labor de revisión y síntesis de la bibliografía desarrollada. Este autor explica que se producen déficits en la función ejecutiva a consecuencia de diferentes trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión o trastornos de ansiedad e identifica la evidencia existente que lo corrobora (Vance et al., 2013).

Los resultados del estudio empírico de la primera fase demuestran, también, que ciertos trastornos psiquiátricos pueden ser un factor relacionado del diagnóstico de enfermería TPP. Así, entre los pacientes con VR-TPP que participaban en el estudio, la categoría diagnóstica esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes era especialmente frecuente. El cálculo de la Odds Ratio demostró que existía una asociación significativa por la que entre los pacientes con dicho diagnóstico psiquiátrico la probabilidad de encontrar pacientes con VR-TPP era 2,29 veces mayor que de encontrar pacientes sin VR-TPP.

### 3. Utilidad en la práctica clínica del diagnóstico de enfermería desarrollado

La mayoría de los panelistas (94,05%) consideraban que la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP planteada era de gran utilidad en la práctica clínica. Muchos de ellos enfatizaban la necesidad de su reintroducción en la taxonomía NANDA-I, ya que, desde la retirada de la VR-TPP, se ven forzados a utilizar otros diagnósticos de enfermería alternativos, menos precisos o específicos. Algunos miembros del panel manifestaban en sus comentarios que la propuesta de diagnóstico desarrollada ilustra de forma muy clara un fenómeno que observan de forma frecuente en sus pacientes dentro del ámbito psiquiátrico. La utilización de esta etiqueta, por tanto, les permitiría registrar adecuadamente en el plan de cuidados la atención y el cuidado que prestan a estos pacientes, pudiendo indicar los resultados NOC e intervenciones NIC correspondientes.

Estos hallazgos sugieren que la inclusión en la taxonomía NANDA-I de la versión del diagnóstico de enfermería TPP validada permitiría a los profesionales de enfermería nombrar un problema de salud que observan y atienden de forma habitual en su práctica clínica. Esto favorecería una planificación de cuidados más eficaz, ya que los diagnósticos de enfermería son herramientas que ayudan a identificar el problema, sus causas y manifestaciones, y por lo tanto ofrecen la información necesaria para planificar las intervenciones y resultados más pertinentes (Herdman, 2012).

De las observaciones realizadas por los miembros del panel, también, se desprende que la propuesta de diagnóstico desarrollada puede tener especial relevancia en el ámbito de la atención psiquiátrica, aunque también pueda estar presente en otros escenarios clínicos. La inclusión de la etiqueta diagnóstica validada en la taxonomía NANDA-I contribuirá al desarrollo del conocimiento específico de la especialidad enfermera de salud mental. Su introducción en la clasificación ayudará a aumentar el número de diagnósticos de enfermería disponibles para su aplicación en la atención psiquiátrica. Esto es algo deseable ya que hasta el momento no todos los fenómenos atendidos por las enfermeras en esta especialidad son recogidos dicha taxonomía (Frauenfelder et al., 2011).

Una idea repetida en los comentarios de algunos panelistas en las diferentes rondas es que la propuesta de diagnóstico de enfermería planteada podría ser considerada más como un problema de colaboración. El principal argumento que esgrimen para ello es que muchos de los factores relacionados incluidos no son tratables por enfermería de forma independiente y por lo tanto se requiere de la intervención de otros profesionales para abordar el problema. En la pregunta final, 15 (17,86%) miembros del panel manifestaron este pensamiento. Estos

resultados contrastan con los obtenidos en el estudio liderado por Hancock (1994), donde el 86% de los participantes consideraban que el diagnóstico de enfermería VR-TPP estaba dentro del ámbito de la práctica enfermera y representaba un fenómeno de interés para enfermería, un 31% de ellos comentaron que dicho diagnóstico era abordable con intervenciones independientes de los profesionales de enfermería y un 66% con intervenciones interdependientes.

Dentro del seno de la disciplina, existe cierta controversia con relación a la distinción entre los diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración. Aunque, actualmente ambos conceptos están claramente definidos (L. J. Carpenito, 2003; Herdman, 2012; Luis Rodrigo, 2013), no existe un enfoque unánime a la hora de establecer su diferenciación en la práctica, tanto en el contexto clínico como en el académico. En el ámbito español, entre las imprecisiones del proceso diagnóstico detectadas por Giménez Maroto y Serrano Gallardo (2008), se incluye el hecho de que se etiqueten como diagnósticos de enfermería algunos problemas de salud que se deberían considerar como problemas de colaboración, al no ser abordables de forma independiente por la enfermera y depender del tratamiento de otros profesionales. La terminología enfermera de interfase desarrollada por Juvé Udina (2013), y que actualmente se aplica en el servicio de salud catalán, es un ejemplo de un enfoque alternativo respecto a dicha distinción. La noción de diagnóstico de enfermería que se maneja en esta terminología de interfase engloba también el carácter de colaboración interdisciplinar de la práctica enfermera: *“juicio clínico sobre el estado de salud del individuo (familia o comunidad) y las consecuencias y reacciones reales o de riesgo en las distintas dimensiones del individuo y su integralidad, en el contexto del entorno y su experiencia particular y en el ámbito de la responsabilidad profesional enfermera que incluye también la corresponsabilidad con el beneficiario de los cuidados, sus cuidadores informales y/o con otros profesionales de la salud”* (Juvé-Udina, 2012, p. 65).

El debate en torno a la consideración o no como diagnósticos de enfermería aquellos problemas de salud que los profesionales de enfermería atienden en colaboración con otros profesionales también ha tenido lugar dentro de la propia NANDA-I. En 2008, se planteó una discusión sobre la posibilidad de modificar la definición de diagnóstico de enfermería para recoger la faceta de colaboración interdisciplinar que forma parte de las funciones de los profesionales de enfermería. De esta forma, la taxonomía podría incluir los llamados “diagnósticos fisiológicos” y los “diagnósticos de vigilancia” (Herdman, 2008). En esta discusión también participó la AENTDE cuyo posicionamiento fue apostar por la clara diferenciación entre ambos entes. Así, desde esta asociación reconocían que no todas las intervenciones

realizadas por enfermería deben derivar de un diagnóstico de enfermería, pudiendo derivar de un diagnóstico o tratamiento médico. En respuesta al planteamiento de la NANDA-I, proponían la posibilidad de no incluir los problemas de colaboración en la taxonomía NANDA-I y crear una clasificación alternativa que los recogiera y codificara de forma específica (González Gutiérrez-Solana, 2008).

La posición actual de la NANDA-I a este respecto queda patente en la definición de diagnóstico de enfermería que fue corregida en 2009 y donde se especifica: “... *El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable*” (Herdman, 2012, p. 515).

Entre los panelistas parece que también ha habido cierta controversia sobre si la etiqueta diagnóstica desarrollada y planteada en este estudio debería ser considerada como un diagnóstico de enfermería, o por el contrario, como un problema de colaboración. Como se ha explicado, los comentarios de los expertos han ido en ambas direcciones pero, sólo alrededor del 18% de los encuestados manifestó que considerara el fenómeno bajo estudio como un problema de colaboración.

La hipótesis de partida de este estudio fue que el trastorno de los procesos de pensamiento, entendido como la alteración de la capacidad para procesar la información, valorar las alternativas y tomar decisiones, es un problema real experimentado por los pacientes, y que dicha respuesta es susceptible de actuación por parte de los profesionales de enfermería dentro de su práctica autónoma, por lo que constituye un diagnóstico de enfermería. Se podría argumentar que esta hipótesis ha sido confirmada, considerando las conclusiones de la revisión bibliográfica sobre el diagnóstico de enfermería VR-TPP y las opiniones manifestadas por la mayoría de los panelistas a lo largo de todas las rondas.

Sin embargo, dada la relevancia de esta cuestión, se presenta un análisis más detallado de la misma. La principal diferencia entre los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración radica en que para los primeros la enfermera aplicará intervenciones dentro de su práctica autónoma y será responsable de sus resultados (L. J. Carpenito, 2003; Herdman, 2012). Por otro lado, en el caso de los problemas de colaboración, las intervenciones y actividades realizadas por los profesionales de enfermería se centrarán en el control y vigilancia del estado del paciente, la detección precoz de complicaciones, la derivación al médico (u otros profesionales) en caso necesario, la administración de aquellos tratamientos prescritos por el médico y la planificación de los cuidados derivados de las órdenes médicas (González Gutiérrez-Solana, 2008; Luis Rodrigo, 2013).



Considerando lo anterior, se puede concluir que la respuesta humana bajo estudio se sitúa claramente en la categoría de los diagnósticos de enfermería porque ante pacientes que presenten TPP, el profesional de enfermería puede desempeñar funciones que van más allá de la administración de medicación y la monitorización. El reto está en desarrollar intervenciones dentro del marco de actuación de enfermería que sean eficaces y eficientes (Hagen & Mitchell, 2001) y ayuden al paciente a discernir entre pensamiento y realidad y favorezcan su autonomía, bienestar y sus relaciones sociales (Garrido Abejar, 2000; Kerr, 1990). En este sentido, cabe destacar los planteamientos desarrollados por Vance y colaboradores (Vance, 2012; Vance et al., 2013; Vance et al., 2012; Vance, Keltner, McGuinness, Umlauf, & Yuan, 2010; Vance et al., 2011; Vance et al., 2008). Este investigador y su equipo exponen que las enfermeras tienen una posición privilegiada, no sólo para valorar la función cognitiva de sus pacientes, sino además, para desarrollar numerosas intervenciones y estrategias para fomentar el funcionamiento cognitivo y frenar, en la medida de lo posible, su deterioro.

Las propuestas de dicho grupo de investigadores se basan en una amplia revisión de los avances en el campo de la neurociencia. Según indican, la función neurológica y la capacidad cognitiva son procesos dinámicos que se pueden ver afectados por multitud de conductas y comportamientos del individuo, incluyendo el estilo de vida saludable, la estimulación mental, los retos intelectuales o la ejercitación cognitiva. En sus diferentes artículos señalan los efectos de diversas patologías sobre cada uno de los dominios de la función cognitiva y los déficits cognitivos asociados, introducen los conceptos de reserva cognitiva (*cognitive reserve*<sup>17</sup>) y neuroplasticidad (*neuroplasticity*<sup>18</sup>) y explican las implicaciones para la práctica enfermera. Así, basándose en la evidencia existente, sugieren una serie de estrategias de estimulación cognitiva que contribuyen positivamente en el funcionamiento cerebral y que pueden ser aplicadas por los profesionales de enfermería. Además, exponen que ciertos hábitos de estilo de vida saludables (actividad física, nutrición adecuada, participación social, estilo de vida activo) contribuyen al mantenimiento, incluso a la mejora, de la función cognitiva (Vance et al., 2013; Vance et al., 2012; Vance et al., 2010; Vance et al., 2011; Vance et al., 2008).

El trabajo de Vance y colegas refuerza la idea de que en el cuidado de los pacientes con TPP existe un campo de actuación autónoma por parte de enfermería. Estos autores apuntan a que

<sup>17</sup> La reserva cognitiva se refiere a la capacidad del cerebro de mantener un nivel de funcionamiento cognitivo suficiente a pesar de la presencia de secuelas fisiológicas/afecciones neurológicas.

<sup>18</sup> La neuroplasticidad positiva se refiere al fortalecimiento de las conexiones neuronales que resulta de la estimulación novedosa y desafiante. La neuroplasticidad negativa se refiere al debilitamiento de las conexiones neuronales resultante de la ausencia de estimulación novedosa y desafiante.

existe una interacción entre el funcionamiento cerebral y cognitivo y la conducta del individuo (Vance, 2012). Ante un paciente con TPP, los profesionales de enfermería pueden llevar a cabo intervenciones para modificar la conducta del individuo que vayan enfocadas a la promoción de hábitos de vida saludables y a la realización actividades de estimulación mental y terapias de entrenamiento cognitivo. Todo ello, podrá resultar en una mejora (o mantenimiento) de la función cognitiva (incluyendo el dominio función ejecutiva afectado en los pacientes con TPP) del paciente, lo que le permitirá mantener o recuperar su autonomía.

La idea de que el constructo TPP deba ser considerado como un diagnóstico de enfermería está avalada, además, por el hecho de que se puedan aplicar posibles resultados NOC e intervenciones NIC derivadas del mismo que estén dentro de la práctica autónoma de enfermería. Entre las etiquetas NOC que podrían resultar adecuadas para este diagnóstico se incluyen *autocontrol del pensamiento distorsionado* (1403), *toma de decisiones* (0906), *autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)* (0306), *autocontrol de los impulsos* (1405) o *pensamiento abstracto* (0919). Entre las intervenciones NIC aplicables a pacientes con TPP se podrían nombrar: *mejorar el afrontamiento* (5230), *ayuda con el autocuidado: aivd* (1805), *facilitar la autorresponsabilidad* (4480), *manejo de las ideas delirantes* (6450), *entrenamiento para controlar impulsos* (4370), *reestructuración cognitiva* (4700), *estimulación cognitiva* (4720), *modificación de la conducta* (6670) o *terapia de validación* (6670).

Por otro lado, es importante enfatizar que la taxonomía NANDA-I está diseñada con el propósito de abarcar la práctica enfermera en los diferentes países y los distintos escenarios de atención sanitaria. Esto implica que no todos los diagnósticos de enfermería recogidos en la clasificación son aplicables en todos los contextos (Herdman, 2012). Consecuentemente, se reconoce que pueden existir diversos ámbitos o situaciones donde el diagnóstico de enfermería TPP validado en este estudio no sea abordable desde la práctica independiente de enfermería. Esto dependerá del alcance de las funciones autónomas de los profesionales de enfermería en los diferentes países y/o niveles de atención sanitaria. Así, puede ocurrir que se identifique dicho problema en un paciente, pero la enfermera no pueda realizar intervenciones al respecto de cuyo resultado sea responsable, y en tal caso, el problema deberá ser identificado como un problema de colaboración.

Otro aspecto que apoya la consideración como diagnóstico de enfermería del fenómeno TPP es el hecho de que, como ya se ha explicado, la taxonomía NANDA-I incluye otras etiquetas diagnósticas referentes a otras dimensiones de la función cognitiva como puede ser *Deterioro*

*de la memoria* (00131). De esta forma, se podría argumentar que si se considera diagnóstico de enfermería la respuesta humana secundaria a la alteración en un determinado dominio de la función cognitiva, sería coherente calificar también como diagnóstico de enfermería la respuesta humana resultante de la alteración en otra de las dimensiones del funcionamiento cognitivo.

#### 4. Cuestiones metodológicas en la construcción de diagnósticos de enfermería

Entre las aportaciones de los panelistas, se plantearon dos cuestiones relacionadas con el diseño de los diagnósticos de enfermería y sus elementos. Dichas cuestiones serán abordadas aquí, ya que se considera que merecen cierta consideración y reflexión.

La primera cuestión tiene que ver con la idea de que no es adecuado incluir como factores relacionados patologías médicas, ya que éstas no pueden ser modificadas a través de la actuación autónoma de enfermería. Como ya se ha explicado, este comentario fue repetido por diversos miembros del panel y fue el principal argumento dado por aquellos que consideraban el fenómeno bajo estudio más como un problema de colaboración. Muchos autores han manifestado esta idea, explicando que, desde el punto de vista clínico, no es útil establecer como posible factor relacionado un diagnóstico médico. La información aportada por este tipo de factores relacionados no ayudará a seleccionar las intervenciones de enfermería enfocadas a eliminar la etiología del diagnóstico de enfermería dado, y que por lo tanto contribuyan a la solución del mismo (L. J. Carpenito, 2003; Giménez Maroto & Serrano Gallardo, 2008; Gordon, 1990; Luis Rodrigo, 2013; Morilla Herrera, Morales Asencio, Martín Santos, & Cuevas Fernández-Gallego, 2005).

A este respecto es importante considerar, tal y como apunta Garrido Abejar (2000) que el foco de las enfermeras son las respuestas humanas relacionadas con procesos vitales biológicos, mentales o sociales. Su objetivo es reconocer las respuestas que sean adaptativas y aquellas que sean desadaptativas y que puedan ser causa o consecuencia de la enfermedad (Garrido Abejar, 2000). El profesional de enfermería, por tanto, tiene una visión integral del individuo y valora todas las dimensiones que se pueden ver afectadas por el proceso de enfermedad (Giménez Maroto & Serrano Gallardo, 2008). De esta forma, se centra en los fenómenos relacionados con la adaptación y las limitaciones impuestas por la enfermedad para el mantenimiento del bienestar (Campbell, 1994). Según la visión de Orem, el objetivo de la Enfermería es *“ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las*

*consecuencias de dicha enfermedad"* (Orem et al., 2003). En este sentido, puede haber ciertas situaciones, como es el caso de los pacientes con TPP, en los que el objetivo de los cuidados de enfermería no sea eliminar la causa del problema en sí, sino controlar y paliar los procesos secundarios, preservando la autonomía y situación funcional del paciente en la medida de lo posible. De esta manera, la enfermera podrá mejorar la calidad de vida del paciente, ayudándole a mantener cubiertas sus necesidades básicas y fomentando su nivel de autonomía en la vida cotidiana.

Sobre este aspecto, Carpenito (2003) sugiere que cuando el diagnóstico médico pueda aportar claridad a la etiqueta diagnóstica, este puede ser incluido en el enunciado con la frase "*secundario a*" y complementar así la información aportada por las características definitorias y factores relacionados especificados. Por el contrario, en el manual de la NANDA-I no existe ninguna indicación sobre este tema y en la taxonomía se pueden encontrar multitud de ejemplos de diagnósticos de enfermería que cuentan con diferentes patologías o diagnósticos médicos como factores relacionados. Por citar algunos: *protección ineficaz* (00043) incluye cáncer y trastornos inmunitarios; *estreñimiento* (00011) incluye depresión, enfermedad de Hirschsprung, tumores, entre otros; *descuido personal* (00193) incluye trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad, entre otros; *deterioro de la comunicación verbal* (00051) incluye tumor cerebral, alteración del sistema nervioso central, entre otros.

Siguiendo esta pauta, en la versión del diagnóstico TPP desarrollada en este estudio se incluyeron diversas patologías como factores relacionados fisiopatológicos cuando la evidencia demostraba que podían ser un factor etiológico para el mismo. Sin embargo, se reconoce que este puede ser un punto de discusión y sería interesante que en futuras investigaciones sobre la etiqueta diagnóstica TPP se plantearan y estudiaran otras alternativas en cuanto a posibles factores relacionados.

El otro aspecto a nivel metodológico planteado fue que algunos panelistas se cuestionaban la adecuación de incluir otras etiquetas diagnósticas como características definitorias o factores relacionados de un determinado diagnóstico de enfermería. En la versión del diagnóstico de enfermería TPP presentada al panel de expertos se plantearon como posibles características definitorias y posibles factores relacionados ciertas etiquetas diagnósticas o conceptos muy similares (estos fueron: *incapacidad para la planificación de actividades, dificultad para el afrontamiento, dificultad para la comunicación verbal, capacidad limitada para las relaciones sociales; confusión aguda, afrontamiento ineficaz, duelo, duelo complicado*). Estos elementos

fueron propuestos por la evidencia empírica y/o conceptual que los sustentaban. En los diferentes manuales de diagnósticos de enfermería revisados (Ackley & Ladwig, 2007; L. J. Carpenito, 2003; Herdman, 2012; Luis Rodrigo, 2013) no se encontró ninguna recomendación específica sobre este tema. De hecho, dentro de la taxonomía NANDA-I se pueden encontrar diversos ejemplos del uso de etiquetas diagnósticas (o conceptos muy similares) como características definitorias o factores relacionados. Por nombrar algunos: *gestión ineficaz de la propia salud* (00078) tiene como factor relacionado *déficit de conocimientos*; *mantenimiento ineficaz de la salud* (00099) tiene como factores relacionados *duelo complicado* o *afrontamiento familiar ineficaz*; *deprivación del sueño* (00096) tiene como característica definitoria *ansiedad*; y *confusión crónica* (00129) tiene como características definitorias *deterioro de la memoria* y *deterioro de la socialización*.

## 5. Implicaciones

Como se ha explicado, la taxonomía NANDA-I se va actualizando de forma periódica a través de la publicación de nuevas versiones basadas en la evidencia e investigación más reciente. Esta clasificación está sometida a un proceso de revisión y expansión continuo con el propósito de tener el potencial de adaptarse a la práctica diaria de las enfermeras en todo el mundo y aumentar sus niveles de evidencia científica. La inclusión de la versión del diagnóstico de enfermería TPP validada en este estudio en esta taxonomía ayudará a hacerla más exhaustiva y sensible a situaciones clínicas específicas, facilitando así un registro más adecuado y preciso de la atención de enfermería, proporcionando una fuente de datos sistemática e integral que aporte visibilidad a las funciones desempeñadas por los profesionales de enfermería (Herdman, 2012).

Los resultados de este estudio ayudarán a los profesionales de enfermería a disminuir el impacto potencial en los pacientes que sufren una alteración del funcionamiento cognitivo en su dimensión función ejecutiva, ya que el diagnóstico de enfermería TPP les permitirá identificar y comunicar dicho problema con precisión. Esto facilitará la adecuada planificación del cuidado, desarrollando intervenciones de enfermería que sean eficaces para tratar dicha respuesta humana.

Aunque no de manera exclusiva, la etiqueta diagnóstica TPP está dentro del ámbito de actuación de las enfermeras especialistas en salud mental. La información sobre este diagnóstico de enfermería y los resultados NOC e intervenciones NIC asociadas a él puede

incorporarse a los programas de formación de los enfermeros internos residentes o de formación continuada.

## 6. Limitaciones del estudio

Las principales limitaciones del estudio pueden plantearse con relación a la metodología utilizada: la validación de contenido y la técnica Delphi. Una limitación potencial de los estudios de validación de contenido está asociada a la selección de los miembros del panel y las condiciones establecidas para considerarlos expertos. Como se ha explicado, en este estudio no se adoptó el sistema de puntuación sugerido por Fehring (1994) al ser difícil su aplicación en el contexto español. En su lugar, se establecieron unos criterios de inclusión donde se establecían unos parámetros mínimos para ser considerado como experto. Dichos parámetros estaban relacionados con la formación y experiencia clínica. Los miembros del panel superaron ampliamente los criterios mínimos establecidos, confirmando así que contaban con el perfil de experto buscado.

La técnica Delphi como método de investigación también presenta algunas limitaciones potenciales (Hung et al., 2008; Keeney et al., 2011). Entre ellas cabe señalar la tendencia a la disminución en la tasa de respuesta en las sucesivas rondas del cuestionario. En este estudio, durante la fase de reclutamiento y distribución de cuestionarios se pusieron en marcha diversas estrategias con las que se consiguió mantener la tasa de respuesta en niveles más que aceptables. Otra de las limitaciones potenciales del método Delphi es que no existen directrices aceptadas universalmente sobre la cómo determinar el consenso o el tamaño muestral en este tipo de estudios. En este proyecto la revisión de literatura sobre metodología fue extensa, y las decisiones que se tomaron al respecto fueron informadas y bien argumentadas.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de interpretar y aplicar los resultados de este estudio es que su generalización a nivel internacional puede ser limitada. La naturaleza del diagnóstico de enfermería TPP puede estar en parte determinada por aspectos culturales (Leininger, 1990). Para tratar de compensar esto, se hizo gran esfuerzo por incluir a expertos procedentes de América Latina, pero no se consiguió implicar más que a un número muy reducido. Así, el panel estuvo formado en su mayor parte por expertos españoles. Este hecho debe ser contemplado, siendo deseable la validación del diagnóstico TPP en otros contextos culturales.

## 7. Prospectiva

Con este estudio, se abre una línea de investigación enfocada a articular y delimitar la respuesta humana *trastorno del proceso de pensamiento*. Este proyecto es el punto de partida y cubre las primeras fases del itinerario de investigación para el desarrollo de un diagnóstico de enfermería, presentado en la introducción (Figura 4). Según los niveles de evidencia establecidos por la NANDA-I para catalogar el alcance de la investigación existente en torno a un diagnóstico de enfermería (Herdman, 2012), los resultados de este estudio aportan un nivel de evidencia 2.3 al diagnóstico de enfermería TPP.

El siguiente paso en esta línea de investigación implica el desarrollo de estudios de validación clínica que permitan obtener evidencia sobre la existencia del diagnóstico de enfermería TPP en el ámbito clínico. Para ello, Fehring (1987) propone el modelo de validación clínica diagnóstica. Complementariamente, para establecer la validez de constructo y criterio de esta etiqueta diagnóstica será necesario llevar a cabo proyectos de investigación con diferentes diseños, entre los que se encuentran estudios epidemiológicos, de fiabilidad, de efectividad o de análisis causal (Parker & Lunney, 1998).

Como ya se ha comentado a lo largo de la discusión, es preciso realizar futuras investigaciones centradas en el diagnóstico de enfermería TPP con el propósito de delimitar el número de características definitorias o seguir profundizando en el estudio de sus posibles factores relacionados. Complementariamente, podría ser relevante analizar en próximos estudios los elementos que no alcanzaron consenso entre los panelistas y que por lo tanto no fueron validados.

Además, dada la naturaleza transcultural de esta etiqueta diagnóstica (Leininger, 1990), es necesario proceder a la validación de contenido en otros idiomas y en otros contextos sanitarios de la nueva versión del diagnóstico de enfermería TPP desarrollada en este estudio. En este sentido, Lunney (2008) subraya la necesidad de validar cada diagnóstico de enfermería en cada país donde se vaya a aplicar. De esta forma, a través de la investigación, se podrá avanzar hacia el consenso internacional sobre la taxonomía NANDA-I.

Otra área de investigación interesante ligada a este estudio podría ser la aplicación de su diseño en otros proyectos centrados en otros diagnósticos de enfermería. Se ha demostrado como el uso de la técnica Delphi y la selección de expertos empleados han permitido obtener unos resultados muy interesantes y con una sólida validez. De esta forma, en futuros estudios

de validación de otros diagnósticos de enfermería podría ser muy ventajoso adoptar dicho enfoque.



# VI. CONCLUSIONES

---

1. El diagnóstico de enfermería *Trastorno del Proceso de Pensamiento*, definido como “alteración de la función cognitiva, que afecta a las operaciones mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas”, describe una respuesta humana sobre la que los profesionales de enfermería de manera autónoma, pueden prescribir intervenciones encaminadas a la consecución de resultados. Estas intervenciones irán enfocadas a la mejoría del problema de salud y/o a paliar sus consecuencias, preservando la autonomía y situación funcional del paciente y facilitando su adaptación y afrontamiento.
  
2. La versión validada del diagnóstico de enfermería *Trastorno del Proceso de Pensamiento* aporta una herramienta sistemática (con definición, características definitorias y factores relacionados), que facilitará a los enfermeros la identificación del problema, su registro y la planificación efectiva de cuidados. Así mismo, su inclusión en la taxonomía NANDA-I, contribuirá a hacerla más completa, cubriendo el vacío ocasionado por la retirada de la versión anterior.

## REFERENCIAS

- Abascal, E., & Díaz de Rada, V. (2014). Analysis of 0 to 10-point response scales using factorial methods: a new perspective. *International Journal of Social Research Methodology*, 17(5), 569-584. doi: 10.1080/13645579.2013.799736
- Abascal, E., & Grande, I. (2005). *Análisis de encuestas*. Pozuelo de Alarcón (Madrid): ESIC Editorial.
- Abderhalden, C., Needham, I., Faust, A. M., Grywa, D., Quiblier, U., Stefan, H., & Willard, W. (2007). [Nursing diagnoses in acute psychiatric wards in Switzerland and Austria: commonalities and differences]. *Pflege*, 20(3), 149-156.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados*. (7ª ed.). Barcelona: Elsevier Mosby.
- Allott, K., Liu, P., Proffitt, T.-M., & Killackey, E. (2011). Cognition at illness onset as a predictor of later functional outcome in early psychosis: systematic review and methodological critique. *Schizophrenia Research*, 125(2), 221-235.
- American Nurses Association (ANA). (2015). ANA recognized terminologies and Data Elements Sets. Retrieved 13/01/2015, from <http://ana.nursingworld.org/npii/terminologies.htm>
- Anderson, C. A., Keenan, G., & Jones, J. (2009). Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set. *Computers Informatics Nursing*, 27(2), 82-90 doi: 10.1097/NCN.0b013e3181972a24
- Appoloni, A. H., Herdman, T. H., Napoleão, A. A., Campos de Carvalho, E., & Hortense, P. (2013). Concept analysis and validation of the nursing diagnosis: delayed surgical recovery. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), 115-121. doi: 10.1111/j.2047-3095.2013.01241.x
- Avant, K. C. (1990). The art and science in nursing diagnosis development. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 1(2), 51-56.
- Avant, K. C. (1991). Paths to concept development in nursing diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2(3), 105-110.
- Barrigüete Andreu, M. I., & González Porras, C. (2005). Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en una residencia geriátrica. *Hygia*, 72, 50-54.
- Baumbusch, J., & Shaw, M. (2011). Geriatric emergency nurses: addressing the needs of an aging population. *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 321-327.
- Berry, K. N. (1987). Let's create diagnoses psych nurses can use. *AJN The American Journal of Nursing*, 87(5), 707-708.
- Bistricky, S. L. (2013). Mill and mental phenomena: Critical contributions to a science of cognition. *Behavioral Sciences*, 3(2), 217-231.
- BOE. (2002). *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*.
- Bondy, K., Maas, M., McCourt, A., Rantz, M. J., & Rantz, M. J. (1995). *Altered thought process*. Paper presented at the Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eleventh conference, North American Nursing Diagnosis Association., Glendale, CA.
- Boomsma, J., Dingemans, C. A., & Dassen, T. W. (1997). The nursing process in crisis-oriented psychiatric home care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4(4), 295-301.
- Borges Teixeira, M., & Quintella Fernandes, R. A. (2003). Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(6), 619-623.
- Braier, L. J., Meroño Gallut, A. J., & Narbona Jiménez, A. (2011). *Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud*. Madrid: Sant Adriá del Besòs.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (Eds.). (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6ª ed.). Barcelona: Elsevier España.

- Bulling, D., & Scalora, M. (2013). Threat Assessment Glossary. *Publications of the University of Nebraska Public Policy Center, Paper 123*. Retrieved from: <http://digitalcommons.unl.edu/publicpolicypublications/123>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization* (5 ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Caldeira, S., Campos Carvalho, E., & Viera, M. (2013). Spiritual distress- Proposing a new definition and defining characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(2), 77-84. doi: 10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x
- Campbell, C. (1994). *Enfermería: Diagnósticos y Métodos*. Granollers: Marín D.L.
- Campos de Carvalho, E., de Sousa Mello, A., Alves Napoleão, A., Bachion, M. M., Barcellos Dalri, M. C., & Marin da Silva Canini, S. R. (2008). Nursing diagnosis validation: reflection on difficulties faced by researchers [Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 265-240. Retrieved from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>
- Carlson-Catalano, J. (1998). Nursing diagnoses and interventions for post-acute-phase battered women. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 9(3), 101-110.
- Carniaux Moran, C. (2001). Valoración por parte de la enfermera en psiquiatría. In P. G. O'Brien, W. Z. Kennedy, & K. A. Ballerd (Eds.), *Enfermería Psiquiátrica* (pp. 51-79). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Carpenito, L. J. (1985). Altered thoughts or altered perceptions? *AJN The American Journal of Nursing*, 85(11), 1283.
- Carpenito, L. J. (2002). *Manual de diagnósticos de enfermería* (4º ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Carpenito, L. J. (2003). *Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. (9 ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Carpenito, L. J. (2003). *Diagnósticos de Enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica* (9ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Carpenito, L. J. (2013). *Manual de Diagnósticos de Enfermería*. L'Hospitalet de Llobregat Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cerdá, E. (1990). *Una psicología de hoy*. Barcelona: Herder.
- Clark, J., Craft-Rosenberg, M., & Delaney, C. (2000). An international methodology to describe clinical nursing phenomena: a team approach. *International Journal of Nursing Studies*, 37(6), 541-553.
- Clavería Señas, M. (1997). Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliar socio-sanitaria. *Enfermería Científica*, 182-183, 49-54.
- Coggins, M., & Bullock, L. F. (2003). The wavering line in the sand: the effects of domestic violence and sexual coercion. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(6-7), 723-738. doi:10.1080/01612840305322
- Cole, Z. D., Donohoe, H. M., & Stellefson, M. L. (2013). Internet-based Delphi research: case based discussion. *Environmental Management*, 51(3), 511-523. doi: 10.1007/s00267-012-0005-5
- Coombs, T., Crookes, P., & Curtis, J. (2013). A comprehensive mental health nursing assessment: variability of content in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(2), 150-155. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01901.x
- Coombs, T., Curtis, J., & Crookes, P. (2011). What is a comprehensive mental health nursing assessment? A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 364-370.
- Cornick, P. (2006). Nitric oxide education survey- Use of a Delphi survey to produce guidelines for training neonatal nurses to work with inhaled nitric oxide. *Journal of Neonatal Nursing*, 12(2), 62-68.

- Creason, N. S. (2004). Clinical validation of nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15(4), 123-132. doi: 10.1111/j.1744-618X.2004.tb00009.x
- Crespo León, A. (1997). *Psicología General. Memoria, pensamiento y lenguaje* (Vol. 1). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Crouch, L. (1972). Disturbance in language and thought. *Journal of Psychiatric Nursing & Mental Health Services*, 10(3), 5-9.
- Chaves, E. H., De Barros, A. L., & Marini, M. (2010). Aging as a related factor of the nursing diagnosis impaired memory: content validation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(1), 14-20. doi: 10.1111/j.1744-618X.2009.01140.x
- Chou, P., Hsia, P., & Sheu, S. (2006). The decision making process of adolescent pregnant women receiving help from Taipei single mother assistance centers [Chinese]. *Journal of Nursing*, 53(6), 34-44.
- Chung, M.-H., Chiang, I. J., Chou, K.-R., Chu, H., & Chang, H.-J. (2010). Inter-rater and intra-rater reliability of nursing process records for patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3023-3030.
- da SivilaTalmelli, L. F., Martins Gratao, A. C., Kusumota, L., & Partezani Rodrigues, R. A. (2010). Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 933-939.
- Daly, J. M., Maas, M., & Buckwalter, K. (1995). Use of standardized nursing diagnoses and interventions in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(8), 29-36.
- Dankberg, G. (1991). Degree of cognitive distortions and level of depression in bulimic patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 12(4), 333-342.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197.
- Dawson, L. (2012). *Cognitive processes in object-oriented requirements engineering practice: analogical reasoning and mental modelling*. Paper presented at the 20th International Conference on Information Systems Development (ISD2011), Edinburgh, Scotland.
- Day, J., & Bobeva, M. (2005). A generic toolkit for the successful management of Delphi studies. *The Electronic Journal of Business Research Methodology*, 3(2), 103-116.
- de Abreu Almeida, M., da Silva, M. B., Panato, B. P., de Oliveira Siqueira, A. P., & Laurent, M. d. C. R. (2013). Nursing outcomes for brazilian pediatric patients hospitalized with deficient diversional activity. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(2), 85-92.
- De Lima Lopes, J., De Barros, A. L. B. L., & Marlene Michel, J. L. (2009). A pilot study to validate the priority nursing interventions classification interventions and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis "excess fluid volume" in cardiac patients. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(2), 76-88.
- de Vaus, D. A. (1996). *Surveys in Social Research* (4 ed.). London: UCL Press.
- de Vega, M. (1992). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Denyes, M. J. (1988). Orem's model used for health promotion: Directions from research. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 13-21.
- Dochterman, J., & Jones, D. (Eds.). (2003). *Unifying nursing languages: The harmonization of NANDA, NIC, and NOC*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (1992). *Guía de Bolsillo de Diagnósticos y Actuaciones de Enfermería*. Barcelona: Doyma Enfermería.
- Domingo Pozo, M. (2011). *Asistencia sanitaria a través de planes de cuidados estandarizados de enfermería en el Hospital General Universitario de Alicante: Resultados y efectos*. (Tesis Doctoral), Universidad de Alicante, Alicante.
- Donald, J. G. (1992). The development of thinking processes in postsecondary education: Application of a working model. *Higher Education*, 24, 413-430.

- Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., DiGuseppi, C., Wentz, R., Kwan, I., . . . Prata, S. (2009). Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.MR000008.pub4
- Efstathiou, N., Ameen, J., & Coll, A.-M. (2007). Healthcare providers' priorities for cancer care: a Delphi study in Greece. *European Journal of Oncology Nursing, 11*(2), 141-150.
- Eisenhauer, L. A., Hurley, A. C., & Dolan, N. (2007). Nurses' reported thinking during medication administration. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(1), 82-87.
- Escalada-Hernández, P., & Marín-Fernández, B. (2015). The nursing diagnosis disturbed thought processes in psychiatric patients: prevalence and associated characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge, in press*, n/a-n/a. doi: 10.1111/2047-3095.12091
- Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., González-Vargas, J. A., Fera-Raposo, I., . . . García-Manso, M. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research, 28*(2), 92-98. doi: 10.1016/j.apnr.2014.05.006
- Escalada Hernández, P., Muñoz Hermoso, P., & Marro Larrañaga, I. (2013). La atención de enfermería a pacientes psiquiátricos NANDA-NIC-NOC: una revisión de la literatura. *Revista ROL de Enfermería, 36*(3), 166-177.
- Falan, S. L., & Han, B. T. (2013). Did we interpret the same thing? *International Journal of Nursing Knowledge, 24*(1), 2-14.
- Fehring, R. J. (1987). Methods of validate nursing diagnoses. *Hearth & Lung, 16*(6), 625-629.
- Fehring, R. J. (1994). *The Fehring model*. Paper presented at the Classification of nursing diagnoses: proceeding of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association. , Philadelphia USA.
- Ferguson, N. D., Davis, A. M., Slutsky, A. S., & Stewart, T. E. (2005). Development of a clinical definition for acute respiratory distress syndrome using the Delphi technique. *Journal of Critical Care, 20*(2), 147-154. doi: 10.1016/j.jcrc.2005.03.001
- Fisher, W. H., Barreira, P. J., Geller, J. L., White, A. W., Lincoln, A. K., & Sudders, M. (2001). Long-stay patients in state psychiatric hospitals at the end of the 20th century. *Psychiatric Services, 52*(8), 1051-1056.
- Foreman, M. D., Fletcher, K., Mion, L. C., & Trygstad, L. (2003). Assessing cognitive function. In M. D. Mezey, T. Fulmer, & I. L. Abraham (Eds.), *Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (2<sup>a</sup> ed., pp. 99-115). New York Springer Publishing Company.
- Fornés Vives, J. (2008). Proceso de valoración en salud mental. In J. Fornés Vives & J. Gómez Salgado (Eds.), *Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental* (pp. 253-). Madrid: Enfo Ediciones: Fuden.
- Franklin, K., & Hart, J. (2007). Idea generation and exploration: benefits and limitations of the policy delphi research method. *Innovative Higher Education, 31*(4), 237-246. doi: 10.1007/s10755-006-9022-8
- 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.
- Galdeano, L. E., & Ross, L. A. (2006). [Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos] (Portugués). *Ciência, Cuidado e Saúde, 5*(1), 60-66. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v5i1.5112
- Ganesalingam, K., Yeates, K. O., Taylor, H. G., Walz, N. C., Stancin, T., & Wade, S. (2011). Executive functions and social competence in young children 6 months following traumatic brain injury. *Neuropsychology, 25*(4), 466-476. doi: dx.doi.org/10.1037/a0022768
- García-Molina, A., Guitart Bernabeu, M., & Roig-Rovira, T. (2010). Traumatismo craneoencefálico y vida cotidiana: el papel de las funciones ejecutivas. *Psicothema,*

- 22(3), 430-435. Retrieved from: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8873>
- García Corrêa, C., & Lopes Monteiro da Cruz, C., Diná de Almeida. (2000). Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 11(1), 5-14.
- Garrido Abejar, M. (2000). Problemas de salud mental desde la perspectiva enfermera. In F. Mejías Lizancos & M. D. Serrano Parra (Eds.), *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental* (pp. 319-361). Madrid: DAE.
- Geden, E., & Taylor, S. (1991). Construct and empirical validity of the Self-As-Carer Inventory. *Nursing Research*, 40(1), 47-50.
- Gill, F. J., Leslie, G. D., Grech, C., & Latour, J. M. (2013). Using a web-based survey tool to undertake a Delphi study: application for nurse education research. *Nurse Education Today*, 33(11), 1322-1328. doi: 10.1016/j.nedt.2013.02.016
- Giménez Maroto, A. M., & Serrano Gallardo, P. (2008). Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas de Enfermería*, 11(10), 57-62.
- Gioia, G. A., Kenworthy, L., & Isquith, P. K. (2010). Executive function in the real world: Lessons from Mark Ylvisaker. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 25(6), 433-439. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181fbc272
- Glick, O. J. (1993). Normal thought processes. An overview. *Nursing Clinics of North America*, 28(4), 715-727.
- Gómez-Fontanil, Y., & Coto, E. (2008). Psicopatología del pensamiento (I): los trastornos formales del pensamiento. In A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- González Carrión, P., Hernández Padilla, M., Rivas Campos, A., Toral López, I., Sánchez Martínez, P., Quero Rufián, A., & Ramírez Sánchez, M. D. (1994). Validación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA: una experiencia en cuatro áreas asistenciales. *Enfermería Clínica*, 4(3), 124-127.
- González Carrión, P., Rivas Campos, A., Toral López, I., Hernández Padilla, M., Sánchez Martínez, P., Quero Rufián, A., & Ramírez Sánchez, M. D. (1997). Validación de las categorías diagnósticas de la NANDA en cuatro áreas asistenciales. *Enfermería Clínica*, 7(1), 5-12.
- González Gútierrez-Solana, R. (2008). Los diagnósticos de vigilancia en el contexto español. In Asociación Española de NomenclaturaTaxonomía y Diagnósticos de Enfermería-AENTDE (Ed.), *VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería AENTDE. "Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero"*. Barcelona: AENTDE.
- Gordon, M. (1990). Toward theory-based diagnostic categories. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 1(1), 5-11.
- Gordon, M. (1996). *Diagnósticos de Enfermería: Proceso y Aplicación* (3ª ed.). Madrid: Mosby/Doyma Libros.
- Gordon, M., & Sweeney, M. A. (1979). Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 2(1), 1-16.
- Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269-274.
- Grant, J. S., Kinney, M., & Guzzetta, C. E. (1990). Using magnitude estimation scaling to examine the validity of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 1(2), 64-69.
- Grant, J. S., & Kinney, M. R. (1991). The need for operational definitions for defining characteristics. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2(4), 181-185.
- Grant, J. S., & Kinney, M. R. (1992). Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 3(1), 12-22.

- Greatorex, J., & Dexter, T. (2000). An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1010-1024. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01569.x
- Guirao-Goris, J. A., & Duarte-Climents, G. (2007). The expert nurse profile and diagnostic content validity of sedentary lifestyle: the spanish validation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18(3), 84-92. doi: 10.1111/j.1744-618X.2007.00056.x
- Gurková, E., Žiaková, K., & Čáp, J. (2011). Content validation of hopelessness in Slovakia and Czech Republic. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 22(1), 33-39. doi: 10.1111/j.1744-618X.2010.01173.x
- Hagen, B. F., & Mitchell, D. L. (2001). Might within the madness: Solution-focused therapy and thought-disordered clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(2), 86-93.
- Hale, C. A., Thomas, L. H., Bond, S., & Todd, C. (2007). The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 6(3), 207-214.
- Hall, G. R. (1988). Focus: Nursing diagnosis: Alterations in thought process. *Journal of Gerontological Nursing*, 14(3), 30.
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1(6), 399.
- Han, K. J., Kim, H. S., Kim, M. J., Hong, K. J., Park, S., Yun, S. N., . . . Kim, K. (2007). Thinking in clinical nursing practice: A study of critical care nurses' thinking applying the think-aloud, protocol analysis method. *Asian Nursing Research*, 1(1), 68-82.
- Hancock, C. K., Munjas, B., Berry, K., & Jones, J. (1994). Altered thought processes and sensory / perceptual alterations: a critique. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 5(1), 26-30.
- Hardy, M., Maas, M., & Akins, J. (1988). The prevalence of nursing diagnoses among elderly and long term care residents: A descriptive comparison. *Recent Advances in Nursing*, 21, 144-158.
- Harvey, R., McComb, P., McLaughlin, D., Moorhouse, M., Rahal, L., Semenza, N., . . . Hancock, C. (1999). Altered thought process. In M. J. Rantz (Ed.), *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the thirteenth conference, North American Nursing Diagnosis Association. Celebrating the 25th anniversary of NANDA*. (pp. 604-605). Glendale, CA: Cinahl Information Systems.
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015.
- Hay, J., Shuk, E., Cruz, G., & Ostroff, J. (2005). Thinking through cancer risk: characterizing smokers' process of risk determination. *Qualitative Health Research*, 15(8), 1074-1085.
- Herdman, T. H. (2008). Nursing diagnosis: Is it time for a new definition? *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 19(1), 2-13.
- Herdman, T. H. (Ed.). (2012). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Hoi, S. Y., Ismail, N., Ong, L. C., & Kang, J. (2010). Determining nurse staffing needs: the workload intensity measurement system. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 44-53. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01045.
- Holt, R. R. (1964). The emergence of cognitive psychology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 12(3), 650-665.
- Hung, H.-L., Altschuld, J. W., & Lee, Y.-F. (2008). Methodological and conceptual issues confronting a cross-country Delphi study of educational program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 191-198.
- Ilioudi, C. (2013). *Insomnio crónico y funciones ejecutivas: Un estudio neuropsicológico*. (Tesis doctoral), Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10486/14309>



- Jaimes Osma, J. E., Beltrán, N. Y., Castaño, L., & Díaz, N. E. (1998). Reanálisis: una alternativa para potencializar el uso de datos de investigación (Re-analysis: And alternative to obtain the potential in the research date use). *Suma Psicológica*, 5(1), 47-64.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112-124. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x
- Johansson, C., Astrom, S., Kauffeldt, A., & Carlstrom, E. (2013). Daily life dialogue assessment in psychiatric care-face validity and inter-rater reliability of a tool based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 306-311.
- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2012). *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. Barcelona: Elsevier Mosby.
- Jones, D., Lunney, M., Keenan, G., & Moorhead, S. (2010). Standardized nursing languages: Essential for the nursing workforce. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), 253-294. doi: 10.1891/0739-6686.28.253
- Juvé-Udina, M. E. (2012). Evaluación inductiva de la estructura de una terminología enfermera de interfase: evaluación del proceso enfermero. *Nursing (Edición española)*, 30(7), 62-66.
- Juvé 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. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.04.008
- Juvé Udina, M. E., Gonzalez Samartino, M., & Matud Calvo, C. (2012). Mapping the diagnosis axis of an interface terminology to the NANDA International Taxonomy. *International Scholarly Research Network Nursing*, 676905. Retrieved from doi:10.5402/2012/676905
- Kang, R., Barnard, K., & Oshio, S. (1994). Description of the clinical practice of advanced practice nurses in family-centered early intervention in two rural settings. *Public Health Nursing*, 11(6), 376-384.
- Karpiuk, K. L., Delaney, C. W., & Ryan, P. (1997). South dakota statewide nursing minimum data set project. *Journal of Professional Nursing*, 13(2), 76-83.
- Kautz, D. D., & Van Horn, E. R. (2008). An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 19(1), 14-19.
- Keenan, G., Stocker, J., Barkauskas, V., Treder, M., & Heath, C. (2003). Toward collecting a standardized nursing data set across the continuum: case of adult care nurse practitioner setting. *Outcomes Manag*, 7(3), 113-120.
- Keenan, G., Tschannen, D., & Wesley, M. L. (2008). Standardized nursing terminologies can transform practice. *Journal of Nursing Administration*, 38(3), 103-106. doi: 10.1097/01.NNA.0000310728.50913.de
- Keenan, G., & Yakel, E. (2005). *Promoting safe nursing care by bringing visibility to the disciplinary aspects of interdisciplinary care*. Paper presented at the AMIA Annual Symposium Proceedings.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 205-212.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. Chichester (UK): Wiley-Blackwell.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 195-200.
- Kerr, N. J. (1990). The ego competency model of psychiatric nursing: theoretical overview and clinical application. *Perspectives in Psychiatric Care*, 26(1), 13-24.

- Kim, M. J., McFarland, G. K., & McLane, A. M. (Eds.). (1994). *Diagnóstico en enfermería: guía clínica de enfermería*. Barcelona: Mosby.
- Kudlicka, A., Clare, L., & Hindle, J. V. (2013). Awareness of executive deficits in people with Parkinson's Disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19(05), 559-570. doi: doi:10.1017/S1355617713000064
- Kudlicka, A., Clare, L., & Hindle, J. V. (2014). Quality of life, health status and caregiver burden in Parkinson's disease: relationship to executive functioning. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 68-76. doi: 10.1002/gps.3970
- Kuzu, N., Beşer, N., Zencir, M., Şahiner, T., Nesrin, E., Ahmet, E., . . . Çağdaş, E. (2005). Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional Issues of dementia patient caregivers. *Geriatric Nursing*, 26(6), 378-386.
- Lally, R. M. (2010). Acclimating to breast cancer: A process of maintaining self-integrity in the pretreatment period. *Cancer Nursing*, 33(4), 268-279.
- Lally, R. M., Hydeman, J. A., Schwert, K., Henderson, H., & Edge, S. B. (2012). Exploring the first days of adjustment to cancer: a modification of acclimating to breast cancer theory. *Cancer Nursing*, 35(1), 3-18.
- Lamb, H. R., & Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv*, 52(8), 1039-1045.
- Lauth, G. W. (1994a). El pensamiento y la solución de problemas: clasificación y diagnóstico. In U. Baumann & M. Perrez (Eds.), *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Lauth, G. W. (1994b). El pensamiento y la solución de problemas: etiología y análisis del condicionamiento. In U. Baumann & M. Perrez (Eds.), *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Leininger, M. (1990). Issues, questions, and concerns related to the nursing diagnosis cultural movement from a transcultural nursing perspective. *Journal of Transcultural Nursing*, 2(1), 23.
- Levin, R., & Wilkinson, J. (2001). Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 12(1), 29-32. doi: 10.1111/j.1744-618X.2001.tb00114.x
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London: Sage Publications.
- Lopes Chaves, E., Campos de Carvalho, E., & Hass, V. J. (2010). Validation of the nursing diagnosis Spiritual anguish: analysis by experts [Portuguese]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 264-270. doi: 10.1590/S0103-21002010000200018
- Luis, M. T. (Ed.). (1998). *Diagnósticos Enfermeros : Un instrumento para la práctica asistencia* (3ª ed.). Madrid: Harcourt Brace.
- Luis Rodrigo, M. T. (Ed.). (2008). *Los Diagnósticos Enfermeros : revisión crítica y guía práctica* (8ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Luis Rodrigo, M. T. (Ed.). (2013). *Los Diagnósticos Enfermeros: Revisión Crítica y Guía Práctica* (9ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Luis Rodrigo, M. T., Fernández Ferrín, C., & Navarro Gómez, M. V. (2000). *De la Teoría a la Práctica: El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI* (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Lundberg, C., Warren, J., Brokel, J., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., . . . Giarrizzo-Wilson, S. (2008). Selecting a standardized terminology for the electronic health record that reveals the impact of nursing on patient care. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*, 12(2). Retrieved from: [http://ojni.org/12\\_2/lundberg.pdf](http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf)
- Lunney, M. (2003). Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 14(3), 96-107.
- Lunney, M. (2008). The need for international nursing diagnosis research and a theoretical framework. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(1), 28-34. doi: 10.1111/j.1744-618X.2007.00076.x

- Lunney, M. (2010). Diagnósticos enfermeros e investigación. In NANDA International (Ed.), *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España.
- Lusardi, P. T., & Schwartz-Barcott, D. (1996). Making sense of it: A neuro-interactive model of meaning emergence in critically ill ventilated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 23(5), 896-903. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.01036.x
- Lluch Canut, M. T., Sabadell Gimeno, M., Puig Llobet, M., Cencerrado Muñoz, M. A., Navas Alcal, D., Ferret Canale, M., . . . Ugalde Apalategui, M. (2009). Diagnósticos enfermeros en pacientes con trastorno mental severo con seguimiento de enfermería en centros de salud mental. *Revista Presencia [serie en internet]*, 5(10), [aprox. ]. Retrieved from: <http://www.index-f.com/presencia/n10/p7151.php>
- Maas, M. L., & Buckwalter, K. C. (1988). A special Alzheimer's unit: Phase I baseline data. *Applied Nursing Research*, 1(1), 41.
- Maestro Barón, J. C., & Jiménez Estévez, J. F. (2004). Nuevas respuestas a las necesidades de hospitalización prolongada (New answers to the need of long-term hospitalization). *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 4(2), 175-194.
- Marshall, G. A., Rentz, D. M., Frey, M. T., Locascio, J. J., Johnson, K. A., & Sperling, R. A. (2011). Executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 300-308. doi: 10.1016/j.jalz.2010.04.005
- Martín-Carrasco, M., Agüera-Ortiz, L., Caballero-Martínez, L., Cervilla-Ballesteros, J., Menchón-Magriñá, J. M., Montejo-González, A. L., . . . Caballero-Martínez, F. (2011). Consensus of the SEPG on depression in the elderly. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 20-31.
- Martins, P. A., Arantes, E. C., & Forcella, H. T. (2008). Sistema de Classificação de Pacientes na Enfermagem Psiquiátrica: validação clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 233-241.
- Martins, P. A., & Forcella, H. T. (2006). Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(1), 62-67.
- Martyr, A., & Clare, L. (2012). Executive function and activities of daily living in Alzheimer's Disease: A correlational meta-analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 33(2-3), 189-203. doi: 10.1159/000338233
- Mathew, L. J., Gutsch, H. M., Hackney, N. W., & Munsat, E. M. (1994). Promoting quality and cost-effective care to geropsychiatric patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(2), 169-185.
- Mayer, R. E. (1992). *Thinking, Problem Solving, Cognition* (2<sup>o</sup> ed.). New York: Worth Publishers.
- Mayo, A. M., Wallhagen, M., Cooper, B. A., Mehta, K., Ross, L., & Miller, B. (2013). The relationship between functional status and judgment/problem solving among individuals with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(5), 514-521.
- McBride, S. (1991). Comparative analysis of three instruments designed to measure self-care agency. *Nursing Research*, 40, 12-16.
- McKenna, H. P. (1994). The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1221-1225.
- Mejía Quintero, E., & Escobar Melo, H. (2012). Caracterización de procesos cognitivos de memoria, lenguaje y pensamiento, en estudiantes con bajo y alto rendimiento académico. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8(1), 123-138. Retrieved from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982012000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982012000100009&lng=en&nrm=iso)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Retrieved from [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)

- Molina González, M. (2006). *Desarrollo de pensamiento relacional y comprensión del signo igual por alumnos de tercero de educación primaria*. (Tesis doctoral), Universidad de Granada, Granada.
- Molina Martín, J. (2003). El papel del hospital de larga estancia en el proceso de rehabilitación. *Norte de Salud Mental*, 17, 7-13.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud* (5ª ed.). Barcelona: Elsevier España.
- Morales-Asencio, J. M., Morilla-Herrera, J. C., Martín-Santos, F. J., Gonzalo-Jiménez, E., Cuevas-Fernández-Gallego, M., Bonill de las Nieves, C., . . . Rivas-Campos, A. (2009). The association between nursing diagnoses, resource utilisation and patient and caregiver outcomes in a nurse-led home care service: Longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 189-196. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.09.011
- Morilla Herrera, J. C., Morales Asencio, J. M., Martín Santos, F. J., & Cuevas Fernández-Gallego, M. (2005). El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. *Metas de Enfermería*, 8(10), 58-62.
- Morrison, M. (1999). *Fundamento de Enfermería en Salud Mental*. Madrid: Mosby Hacourt Brace.
- Morse, J. M. (1995). Exploring the theoretical basis of nursing knowledge using advanced techniques of concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 17(3), 31-46.
- Morse, J. M., Hupcey, J. E., & Cerdas, M. (1996). Criteria for concept evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 385-390.
- Mukai, H. A., Jericó, M. d. C., & Perroca, M. r. G. (2013). Necesidades de cuidados y carga de trabajo de pacientes psiquiátricos institucionalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 9 páginas. Retrieved from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/es\\_v21n1a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/es_v21n1a08.pdf)
- 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.
- NANDA. (1994). *Diagnósticos de enfermería de la NANDA: definiciones y clasificaciones, 1992-1993*. Madrid: Mosby-Doyna.
- NANDA International. (2010). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España.
- National Institute of Mental Health. (2005). Glossary. Retrieved 22/11/2013, 2013, from <http://science.education.nih.gov/supplements/nih5/mental/other/glossary.htm>
- Neisser, U. (1976). *Psicología Cognoscitiva*. México: Trillas.
- Nieto García, E., Domínguez Ruiz, M., Casado Lollano, A., Monleón Just, M., Díz Gómez, J., Sánchez Pérez, C., . . . Domingo Martón, R. (2004). Diagnósticos enfermeros en la atención domiciliaria. *Metas de Enfermería*, 7(3), 6-12.
- Ninos, M., & Makohon, R. (1985). Functional assessment of the patient. *Geriatric Nursing*, 6(3), 139-142.
- Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Goldberg, T. E., Green, M. F., & Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72(1), 29-39.
- O'Toole, A. W., & Loomis, M. E. (1989). Revision of the phenomena of concern for psychiatric mental health nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(5), 288-299.
- O'Toole, A. W., & Loomis, M. E. (1990). Classifying human responses in psychiatric and mental health nursing. In W. Reynolds & D. Cormarck (Eds.), *Psychiatric and Mental Health Nursing: Theory and Practice* (pp. 23-40). London: Chapman and Hall.
- Oliveira, R. P. d., & Laus, A. M. (2011). Characterization of patients in psychiatric hospitalization units according to the degree of dependence on nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1164-1170.

- Orem, D. E., Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2003). *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company.
- Ortiz Ocaña, A. L. (2009). *Aprendizaje y comportamiento basados en el funcionamiento del cerebro humano: emociones, procesos cognitivos, pensamientos e inteligencia. Hacia una teoría del aprendizaje neuroconfigurador*. Barranquilla (Colombia): Ediciones Litoral.
- Paloma-Castro, O., Romero-Sánchez, J. M., Paramio-Cuevas, J. C., María Pastor-Montero, S., Castro-Yuste, C., Frandsen, A. J., . . . Moreno-Corral, L. J. (2014). Nursing diagnosis of grieving: content validity in perinatal loss situations. *International Journal of Nursing Knowledge, 25*(2), 102-109. doi: 10.1111/2047-3095.12015
- Park, H. (2014). Identifying core NANDA-I nursing diagnoses, NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for heart failure. *International Journal of Nursing Knowledge, 25*(1), 30-38. doi: 10.1111/2047-3095.12010
- Park, M., Delaney, C., Maas, M., & Reed, D. (2004). Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing, 47*(3), 329-339. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03097.x
- Parker, L., & Lunney, M. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis, 9*(4), 144-150.
- Pehler, S.-R., Markwardt, M., & Hibbard, D. (in press). Nursing diagnosis development of longing: content validation with nursing experts. *International Journal of Nursing Knowledge, n/a-n/a*. doi: 10.1111/2047-3095.12053
- Pereira de Melo, R., Venícios de Oliveira Lopes, M., Leite de Araujo, T., de Fatima da Silva, L., Aline Arrais Sampaio Santos, F., & Moorhead, S. (2011). Risk for decreased cardiac output: validation of a proposal for nursing diagnosis. *Nursing in Critical Care, 16*(6), 287-294. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00453.x
- Persoon, A., Banningh, L. J.-W., van de Vrie, W., Olde Rikkert, M. G. M., & van Achterberg, T. (2009). Daily observation of cognitive functioning in hospitalised patients on acute geriatric wards. *Journal of Clinical Nursing, 18*(13), 1930-1936. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02811.x
- Persoon, A., Banningh, L. J., van de Vrie, W., Rikkert, M. G., & van Achterberg, T. (2011). Development of the Nurses' Observation Scale for Cognitive Abilities (NOSCA). *International Scholarly Research Network Nursing, 895082*.
- Persoon, A., Schoonhoven, L., Melis, R. J. F., van Achterberg, T., Kessels, R. P. C., & Olde. (2012). Validation of the NOSCA - nurses' observation scale of cognitive abilities. *Journal of Clinical Nursing, 21*(21/22), 3025-3036.
- Persoon, A., Van der Crujisen, M., Schlattmann, N., Simmes, F., & Van Achterberg, T. (2011). How older people nurses assess cognitive function through daily observation. *International Journal of Older People Nursing, 6*(2), 102-109. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00234.x
- Petrucci, C., Marcucci, G., Carpico, A., & Lancia, L. (2014). Nursing care complexity in a psychiatric setting: results of an observational study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*(1), 79-86.
- Pifarré, J. (2011). Trastornos del pensamiento y lenguaje. In J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría* (7ª ed.). Madrid: Elsevier-Masson.
- Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Kirk, P. K., Dodson, S., Coombs, T. J., & Williamson, K. (2005). A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health and Quality of Life Outcomes, 3*(76). Retrieved from doi:10.1186/1477-7525-3-76
- Porcel Gálvez, A. M. (2011). *Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados*. (Tesis Doctoral), Universidad de Granada, Granada.

- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376-382.
- Quatrini Carvalho Passos Guimarães, H. C., Barbosa Pena, S., de Lima Lopes, J., Takao Lopes, C., & Bottura Leite de Barros, A. L. (2015). Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. *International Journal of Nursing Knowledge*, n/a-n/a. doi: 10.1111/2047-3095.12089
- Rasanen, S., Hakko, H., Herva, A., Isohanni, M., Nieminen, P., & Moring, J. (2000). Community placement of long-stay psychiatric patients in northern Finland. *Psychiatric Services*, 51(3), 383-385.
- Ried, S., & Dassen, T. (2000). Chronic confusion, dementia, and impaired environmental interpretation syndrome: A concept comparison. *Nursing Diagnosis*, 11(2), 49-59.
- Roberts, B. L., Madigan, E. A., Anthony, M. K., & Pabst, S. L. (1996). The congruence of nursing diagnoses and supporting clinical evidence. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 7(3), 108-115.
- Roldán Merino, J. F. (2011). *Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia*. (Tesis Doctoral), Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Roldán Merino, J. F., Lluch Canut, M. T., Menarguez Alcaina, M., Foix Sanjuan, A., Haro Abad, J. M., & QuestERA Working Group. (2014). Psychometric evaluation of a new instrument in Spanish to measure self-care requisites in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(2), 93-101. doi: 10.1111/ppc.12026
- Romero-Sanchez, J. M., Paloma-Castro, O., Paramio-Cuevas, J. C., Pastor-Montero, S. M., O'Ferrall-Gonzalez, C., Gabaldon-Bravo, E. M., . . . Martinez-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. doi: 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., . . . 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. doi: 10.1111/jan.12128
- Rosa, B. A. (2012). *Estudio de las funciones ejecutivas en el envejecimiento*. (Tesis doctoral), Universidad de Salamanca, Salamanca. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10366/122993>
- Rutherford, M. (2008). Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1).
- Sales Orts, R. (2005). *Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de psiquiatría*. (Tesis doctoral), Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Sales Orts, R. (2007). Impacto de las intervenciones enfermeras con criterios NIC en la resolución de problemas de enfermería codificados por la NANDA en una sala de hospitalización psiquiátrica. *V Premio de Investigación de la ANESM: Primer accesit*. Retrieved from: <http://www.anesm.eu/descargas/V%20anesm.pdf>
- Sales Orts, R., Albertos, S., Leal, M. I., Molero, P., & Santolaya, F. (1990). Diagnósticos de enfermería: Aplicación en psiquiatría. *Revista ROL de Enfermería*, 142, 63-66.
- Sales Orts, R., & Costa Suarez, A. (2007). *Informe final de la ayuda de investigación ISCIII 2055-ETS-P190091* Retrieved from <http://www.anesm.net/descargas/informe.pdf>
- Sandín Esteban, M. P. (2000). Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, 18 (1), 223-242.
- Sands, N., Elsom, S., Gerdtz, M., & Khaw, D. (2012). Mental health-related risk factors for violence: using the evidence to guide mental health triage decision making. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(8), 690-701.

- Santiuste, M. A., Salorio, P., Flores, M. D., & Rentero, A. (1993). Diagnósticos de enfermería: Aplicación en trastornos esquizofrénicos agudos. *Enfermería Científica*, 134, 28-31.
- Sanz de Acedo Lizarraga, M. L., Pollán Rufo, M., & Garrido Landívar, E. (1997). *Psicología: mente y conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sanz, I. A. E. (2002). *Sobre los trastornos de pensamiento y las psicosis en el Test de Rorschach*. Paper presented at the 3er Congreso Virtual de Psiquiatría. Intersiquis: Psiquiatría.com, Intersiquis. Psiquiatría.com.
- Saranto, K., Kinnunen, U.-M., Kivekäs, E., Lappalainen, A.-M., Liljamo, P., Rajalahti, E., & Hyppönen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 629-647. doi: 10.1111/scs.12094
- Scroggins, L. M. (2010). Proceso para el desarrollo de un diagnóstico enfermero aprobado por NANDA-I. In NANDA International (Ed.), *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España.
- Schroder, P. J. (1979). Nursing intervention with patients with thought disorders. *Perspectives in Psychiatric Care*, 17(1), 32-39.
- Sevillano Arroyo, M. A., Ducret Crossier, F. E., Fermeña Crespí, M., García Vidal, A. M., Quirós de la Cruz, S., & Rey Pena, M. A. (2004). *Análisis de los diagnósticos prevalentes en una unidad de agudos de psiquiatría*. Paper presented at the XXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Bilbao.
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1151-1158.
- Smith Higuchi, K. A., & Donald, J. G. (2002). Thinking processes used by nurses in clinical decision making. *Journal of Nursing Education*, 41(4), 145-153.
- Smith, M., Gerdner, L. A., Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (2004). History, development, and future of the progressively lowered stress threshold: a conceptual model for dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(10), 1755-1760.
- Sparks, S. M., & Lien-Gieschen, T. (1994). Modification of the diagnostic content validity model. *Nursing Diagnosis*, 5(1), 31-35.
- Stefan, H., Grywa, D., Abderhalden, C., Faust, A. M., Needham, I., Quiblier, U., & Willard, W. (2003). Nursing diagnoses in psychiatric acute wards in Switzerland and Austria. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 14(Sup. 4), S22-S23.
- Tastan, S., Linch, G. C. F., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., . . . 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. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004
- Teodorczuk, A., Welfare, M., Corbett, S., & Mukaetova-Ladinska, E. (2010). Developing effective educational approaches for Liaison Old Age Psychiatry teams: a literature review of the learning needs of hospital staff in relation to managing the confused older patient. *International Psychogeriatrics*, 22(06), 874-885.
- Thomé, E. d. S., Centena, R. C., Behenck, A. d. S., Marini, M., & Heldt, E. (2014). Applicability of the NANDA-I and Nursing Interventions Classification Taxonomies to mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(3), 168-172. doi: 10.1111/2047-3095.12033
- Thoroddsen, A., & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1826-1838.
- 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.
- Thoroddsen, A., & Thorsteinsson, H. S. (2002). Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 37(4), 372-381.

- Trieman, N., & Leff, J. (1996). Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPs project 24. *Psychological Medicine*, 26(4), 765-774.
- Turner, P. (2005). Critical thinking in nursing education and practice as defined in the literature. *Nursing Education Perspectives*, 26(5), 272-277.
- Ugalde Apalategui, M., & Lluch Canut, M. T. (2011). *Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las Taxonomías Enfermeras en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. [Informe de trabajo publicado bajo licencia Creative Commons. Diposit Digital de la Universitat de Barcelona, apartat Recerca.]* Retrieved from <http://hdl.handle.net/2445/19207>
- Ugalde Apalategui, M., & Rigol i Cuadra, A. (1995). *Diagnósticos de enfermería, taxonomía NANDA / traducción, revisión y comentarios*. Barcelona: Masson.
- Uriarte, J. J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J. K., Beevor, A. S., & Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). [Presentation of the HoNOS Spanish translation (Health of the Nation Outcome Scales)]. *Psiquiatría Pública*, 11(4), 37-45.
- Vance, D. E. (2012). Potential factors that may promote succesful cognitive aging. *Nursing: Research and Reviews*, 2, 27-32.
- Vance, D. E., Dodson, J. E., Watkins, J., Kennedy, B. H., & Keltner, N. L. (2013). Neurological and psychiatric diseases and their unique cognitive profiles: implications for nursing practice and research. *Journal of Neuroscience Nursing*, 45(2), 77-87. doi: 10.1097/JNN.0b013e3182829038
- Vance, D. E., Graham, M. A., Fazeli, P. L., Heaton, K., & Moneyham, L. (2012). An overview of nonpathological geroneuropsychology: Implications for nursing practice and research. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(1), 43-53.
- Vance, D. E., Keltner, N. L., McGuinness, T., Umlauf, M. G., & Yuan, Y. Y. (2010). The future of cognitive remedation training in older adults. *Journal of Neuroscience Nursing*, 42(5), 255-264.
- Vance, D. E., Larsen, K. I., Egerton, G., & Wright, M. A. (2011). Comorbidities and cognitive functioning: implications for nursing research and practice. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43(4), 215-224.
- Vance, D. E., Webb, N. M., Marceaux, J. C., Viamonte, S. M., Foote, A. W., & Ball, K. K. (2008). Mental stimulation, neural plasticity, and aging: directions for nursing research and practice. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(4), 241-249.
- Vaughan, L., & Giovanello, K. (2010). Executive function in daily life: Age-related influences of executive processes on instrumental activities of daily living. *Psychology and Aging*, 25(2), 343-355. doi: dx.doi.org/10.1037/a0017729
- Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2), 227-235. Retrieved from: <http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8895>
- Vílchez Esteve, M. C., Atienza Rodríguez, E., Delgado Almeda, M., González Jiménez, J., & Lorenzo Tojeiro, M. (2007). Estandarización de los cuidados de enfermería en la esquizofrenia según el modelo conceptual de Nancy Roper. *Revista Presencia [serie en internet]*, 3(5). Retrieved from: <http://www.index-f.com/presencia/n5/62articulo.php>
- von Krogh, G., & Naden, D. (2008). Implementation of a documentation model comprising nursing terminologies - theoretical and methodological issues. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 275-283. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00796.x
- Wachman, M. (1998). A model of thought processes. *Mathematical and Computer Modelling*, 28(2), 65-117.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing* (5<sup>o</sup> ed.). Madrid: Prentice Hall Pearson.
- West, P., & Isenberg, M. (1997). Instrument development: the Mental Health-Related Self-Care Agency Scale. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(3), 126-132.



- Whitley, G. G. (1995). Where Are We Now?: Concept analysis as foundational to nursing diagnosis research. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 6(2), 91-92.
- Whitley, G. G. (1999). Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 10(1), 5-14.
- Whitley, G. G., & Tousman, S. A. (1996). A multivariate approach for validation of anxiety and fear. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 7(3), 116-124.
- WHO. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Retrieved from [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2008). *Manual de diagnósticos de enfermería* (9ª ed.). Madrid: Pearson Education.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18. doi: 10.1192/bjp.172.1.11
- Woodford, H. J., & George, J. (2007). Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. *Qjm*, 100(8), 469-484.
- World Health Organization. (2014). Classifications: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Retrieved 14/02/2014, from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Young, J., Meagher, D., & MacLulich, A. (2011). Cognitive assessment of older people. *BMJ*, 343, d5042.
- Zeleníková, R., & Maniaková, L. (in press). Chronic pain: content validation of nursing diagnosis in Slovakia and the Czech Republic. *International Journal of Nursing Knowledge*, n/a-n/a. doi: 10.1111/2047-3095.12067
- Zeleníková, R., Žiaková, K., Čáp, J., & Jarošová, D. (2014). Content validation of the nursing diagnosis acute pain in the Czech Republic and Slovakia. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(3), 139-146. doi: 10.1111/2047-3095.12027

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Terminologías enfermeras reconocidas por la ANA .....	2
Tabla 2. Componentes del diagnóstico de enfermería VR-TPP (versión 1996) .....	11
Tabla 3. Componentes del diagnóstico de enfermería VR-TPP (versión 1973) .....	12
Tabla 4. Fases de desarrollo del estudio .....	21
Tabla 5. Estudios recientes aplicando el modelo de validación de contenido diagnóstico de Fehring .....	32
Tabla 6. Modelo de validación de contenido diagnóstico .....	33
Tabla 7. Sistema de puntuación para la valoración de expertos propuesto por Fehring .....	36
Tabla 8. Muestreo y selección de expertos en los estudios recientes de validación .....	37
Tabla 9. Criterios de selección de los integrantes del panel de expertos.....	39
Tabla 10. Escalas de valoración de los elementos del diagnóstico de enfermería .....	45
Tabla 11. Ajuste de la ponderación para el cálculo del ICD.....	52
Tabla 12. Criterios de rigor metodológico aplicados en el estudio .....	54
Tabla 13. Subcategorías del diagnóstico VR-TPP definidas por Bondy y cols (1995).....	63
Tabla 14. Características definitorias adicionales propuestas en la literatura para VR-TPP .....	66
Tabla 15. Factores relacionados para el diagnóstico VR-TPP propuestos por Carpenito (2003).....	67
Tabla 16. Estudios de prevalencia VR-TPP en salud mental .....	69
Tabla 17. Estudios de prevalencia VR-TPP en ancianos.....	71
Tabla 18. Estudios de prevalencia VR-TPP en el contexto comunitario .....	72
Tabla 19. Estudios de prevalencia VR-TPP en el contexto hospitalario.....	73
Tabla 20. Clasificación de las referencias relativas al concepto “procesos de pensamiento” .....	83
Tabla 21. Elementos principales del concepto "procesos de pensamiento" .....	91
Tabla 22. Estrategia de búsqueda .....	94
Tabla 23. Estrategia de búsqueda modificada .....	95
Tabla 24. Guía de valoración del Patrón Cognitivo-Perceptual.....	96
Tabla 25. Categorías relacionadas con la cognición en la Taxonomía II NANDA-I.....	97
Tabla 26. Categorías relacionadas con la cognición en la Taxonomía NNN de la Práctica Enfermera .....	97
Tabla 27. Elementos de los dominios Función Ejecutiva y Pensamiento en el trabajo de Persoon et al., 2009 .....	99
Tabla 28. Apartado cognición en el guión para la valoración Baumbusch et al. (2011) .....	100
Tabla 29. Ítems r/c cognición de la plantilla de valoración de Petrucci y col 2014 .....	101
Tabla 30. Dominios de ICF incluidos en la NOSCA.....	102
Tabla 31. Ítems de la NOSCA r/c pensamiento y cognición.....	103
Tabla 32. Categorías relacionadas con el pensamiento dentro de la clasificación desarrollada por Campbell .....	105
Tabla 33. Subcategorías del diagnóstico VR-TPP propuestas por Bondy et al., 1995.....	105
Tabla 34. Diagnóstico de enfermería propuesto por Bondy et al., 1995.....	106
Tabla 35. Diagnóstico de enfermería propuesto por Bondy et al., 1995.....	106
Tabla 36. Fenómenos competencia de la enfermería en psiquiatría y salud mental relacionados con alteraciones en el pensamiento .....	107
Tabla 37. Funciones del Ego en el Ego Competency Model (Kerr, 1990) .....	108
Tabla 38. Resultados NOC y sus indicadores r/c cognición y pensamiento.....	111
Tabla 39. Intervenciones NIC y sus actividades r/c cognición y pensamiento .....	112
Tabla 40. Modelos de los trastornos en la solución de problemas propuesto por Lauth (1994) .....	122

Tabla 41. Principales dominios de la Función Cognitiva.....	124
Tabla 42. Elementos que conforman el dominio Función Ejecutiva .....	125
Tabla 43. Dominios relacionados con la cognición y pensamiento de la ICF.....	126
Tabla 44. Características socio-demográficas de los pacientes con VR-TPP.....	132
Tabla 45. Resultados NOC e intervenciones NIC asociadas al diagnóstico VR-TPP .....	135
Tabla 46. Diferencias entre los pacientes con y sin VR-TPP con relación al diagnóstico psiquiátrico .....	136
Tabla 47. Diferencias entre pacientes con y sin VR-TPP respecto a los problemas y necesidades de cuidado .....	137
Tabla 48. Diferencias entre pacientes con y sin VR-TPP en ítems de la escala HoNOS .....	137
Tabla 49. Diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con VR-TPP .....	138
Tabla 50. Relación entre ítems Escala HoNOS y diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con VR-TPP .....	139
Tabla 51. Rasgos distintivos de los pacientes con VR-TPP identificados en el análisis secundario .....	141
Tabla 52. Componentes del diagnóstico VR-TPP.....	143
Tabla 53. Diagnósticos de enfermería referentes a las dimensiones de la función cognitiva .....	145
Tabla 54. Características definitorias de la propuesta .....	149
Tabla 55. Fundamento conceptual de las características definitorias .....	150
Tabla 56. Factores relacionados de la propuesta.....	151
Tabla 57. Tasa de respuesta .....	156
Tabla 58. Intervalos de frecuencia de la variable años desde la obtención del título de enfermería.....	157
Tabla 59. Características de los 49 panelistas con perfil de experto académico.....	160
Tabla 60. Características de los 46 panelistas con perfil de experto en salud mental .....	161
Tabla 61. Formación y experiencia con los diagnósticos de enfermería de los expertos en salud mental .....	162
Tabla 62. Comparación de variables entre subgrupos .....	162
Tabla 63. Diferencias entre los subgrupos de expertos con relación a la participación en publicaciones.....	164
Tabla 64. Intervalos de puntuación EPADE .....	165
Tabla 65. Comparación de la puntuación de la EPADE entre subgrupos de expertos .....	166
Tabla 66. Comparación de la puntuación de la EPADE entre sexos .....	166
Tabla 67. Respuestas sobre la etiqueta en Ronda 1 (n=95) .....	167
Tabla 68. Respuestas sobre la etiqueta en Ronda 2 (n=91) .....	167
Tabla 69. Respuestas sobre la etiqueta en Ronda 3 (n=84) .....	167
Tabla 70. Comentarios sobre la definición en Ronda 1.....	169
Tabla 71. Comentarios sobre la definición en Ronda 2.....	170
Tabla 72. Comentarios sobre la definición en Ronda 3.....	170
Tabla 73. Puntuaciones otorgadas a la definición en Rondas 1, 2 y 3.....	170
Tabla 74. Consenso sobre la definición en Rondas 1, 2 y 3.....	171
Tabla 75. Características definitorias para las que no se obtuvo consenso .....	171
Tabla 76. Consenso entre las características definitorias del diagnóstico de enfermería.....	172
Tabla 77. Puntuaciones de las características definitorias en Rondas 1, 2 y 3 .....	173
Tabla 78. Consenso sobre las características definitorias en Rondas 1, 2 y 3 .....	174
Tabla 79. Modificaciones aplicadas a las características definitorias en las Rondas 1,2 y 3 .....	175
Tabla 80. Categorías temáticas de los comentarios sobre las características definitorias (CD1-CD10) .....	176
Tabla 81. Categorías temáticas de los comentarios sobre las características definitorias (CD11-CD20) .....	177

Tabla 82. Consenso en los factores relacionados del diagnóstico de enfermería .....	178
Tabla 83. Factores relacionados para los que nos se obtuvo consenso .....	179
Tabla 84. Puntuaciones de los factores relacionados (FR1-FR6) en Rondas 1, 2 y 3 .....	179
Tabla 85. Puntuaciones de los factores relacionados (FR7-FR23) en Rondas 1, 2 y 3 .....	180
Tabla 86. Consenso sobre los factores relacionados en Rondas 1, 2 y 3 .....	181
Tabla 87. Modificaciones aplicadas a los factores relacionados en las Rondas 1,2 y 3 .....	182
Tabla 88. Categorías temáticas de los comentarios sobre los factores relacionados (FR1-FR10) .....	183
Tabla 89. Categorías temáticas de los comentarios sobre los factores relacionados (FR11-FR23) .....	184
Tabla 90. Índice de contenido diagnóstico de las características definitorias con consenso .....	193
Tabla 91. Índice de contenido diagnóstico de los factores relacionados con consenso .....	194
Tabla 92. Estructura factorial resultante del PCA.....	195
Tabla 93. Categorías temáticas identificadas en el análisis de la pregunta abierta .....	198
Tabla 94. Tabla comparativa: VR-TPP vs. Nueva versión TPP.....	221

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Interdependencia entre los elementos de la definición de diagnóstico de enfermería .....	5
Figura 2. Modelo bifocal de práctica clínica (©1985, Linda Juall Carpenito) .....	7
Figura 3. Modelo de la NANDA-I para un diagnóstico enfermero.....	9
Figura 4. Itinerario de investigación para el desarrollo de un diagnóstico de enfermería .....	11
Figura 5. Itinerario de investigación para el desarrollo de un diagnóstico de enfermería .....	20
Figura 6. Estrategia de reclutamiento .....	42
Figura 7. Comunicaciones con panelistas.....	48
Figura 8. Pasos para la derivación conceptual (Walker & Avant, 2011) .....	58
Figura 9. Distribución de los años de publicación de los artículos sobre VR-TPP.....	62
Figura 10. Distribución de los años de publicación de los artículos incluidos en el análisis.....	84
Figura 11. Modelo conceptual: Pensamiento como proceso.....	128
Figura 12. Prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos entre los pacientes con VR-TPP .....	133
Figura 13. Distribución de la puntuación por cada ítem de la Escala HoNOS en pacientes con VR-TPP .....	134
Figura 14. Distribución por intervalos de edad .....	157
Figura 15. Estudios de posgrado de los panelistas .....	158
Figura 16. Puestos ocupados por los miembros del panel .....	159
Figura 17. Comparación de la variable edad entre subgrupos .....	163
Figura 18. Comparación de la variable años desde la obtención del título de enfermería entre subgrupos.....	164
Figura 19. Comparación de la puntuación de la EPADE entre subgrupos .....	165
Figura 20. Evolución de la definición a lo largo de las rondas.....	169
Figura 21. Gráfico de ítem para la definición del diagnóstico .....	185
Figura 22. Gráficos de ítem para las características definitorias sin consenso .....	186
Figura 23. Gráficos de ítem para los factores relacionados sin consenso .....	187
Figura 24. Gráficos de ítem para las características definitorias con consenso .....	189
Figura 25. Gráficos de ítem para los factores relacionados con consenso.....	191
Figura 26. Representación gráfica del ACM .....	197

# ANEXOS

---

ANEXO 1: Cuaderno de Recogida de Datos – Proyecto CUISAM

ANEXO 2: Glosario de puntuación de la escala HoNOS

ANEXO 3: Hoja informativa

ANEXO 4: Correo electrónico de invitación a participar en el proyecto

ANEXO 5: Correo electrónico de confirmación de participación

ANEXO 6: Cuestionarios de Rondas 1, 2 y 3

ANEXO 7: Correos electrónicos de acceso al cuestionario

ANEXO 8: Correos electrónicos de recordatorio

ANEXO 9 : Valoración del Comité de Ética- Fase Delphi

ANEXO 10: Artículos revisados en el análisis conceptual

ANEXO 11: Resultados NOC con una prevalencia menor al 20%

ANEXO 12: Características definitorias planteadas

ANEXO 13: Factores relacionados planteados

ANEXO 14: Difusión de resultados: Publicaciones

---

## **ANEXO 1**

### **Cuaderno de Recogida de Datos – Proyecto CUISAM**

---

**Asociación entre la taxonomía enfermera NADA-NIC-NOC y los diagnósticos médicos en una muestra de pacientes psiquiátricos (Proyecto CUISAM)**

**CRD INVESTIGADOR**



HERMANAS HOSPITALARIAS  
del Sagrado Corazón de Jesús

## INSTRUCCIONES

---

Al cumplimentar este CRD, por favor:

- Utilice bolígrafo negro
- Asegúrese de que la escritura es clara y legible, preferentemente en letras mayúsculas.
- Haga las correcciones tachando con una línea el dato erróneo, de forma que se pueda leer y anotando al lado el dato correcto.
- No utilice líquidos correctores.

No se olvide de escribir en cada una de las hojas el código del paciente.

### **Hoja de información y consentimiento informado para el paciente**

Para poder recoger estos datos es obligatorio que el paciente o su representante hayan leído y firmado el consentimiento informado. Esta documentación deberá recopilarse de forma separada al resto de los datos para preservar el anonimato de los participantes.



## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

El paciente incluido en el estudio deberá:

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. Ser mayor de 18 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Poseer un diagnóstico psiquiátrico principal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estar ingresado en un recurso de tipo residencial, de media estancia o de hospitalización parcial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Poseer las tres etiquetas enfermeras NANDA-NIC-NOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haber firmado él o su responsable el consentimiento informado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Todas las respuestas deberán ser sí)

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

El paciente será excluido del estudio si:

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1- Se encuentra en situación terminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Posee un diagnóstico principal de retraso mental o patología dual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Es usuario de un Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Todas las respuestas deberán ser no)

## 1.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

---

**EDAD** \_\_\_\_\_

**SEXO:** Hombre 1 Mujer 2

### ESTADO CIVIL

Soltero 1  
Casado 2  
Divorciado 3  
Separado 4  
Viudo 5  
Desconocido 6

### NIVEL SOCIOECONÓMICO

Bajo 1  
Bajo-Medio 2  
Medio 3  
Medio-Alto 4  
Alto 5  
No consta 6

### RELACIONES FAMILIARES

Favorables 1  
Desfavorables 2

### TIPO DE PLAZA

Privada 1  
Concertada 2

### NIVEL DE ESTUDIOS

Analfabeto 1  
Primarios incompletos 2  
Primarios 3  
Secundarios 4  
Secundarios incompletos 5  
Universitarios 6  
Universitarios incompletos 7  
No consta 8

### SITUACIÓN LABORAL

Trabaja 1  
No trabaja 2  
Desempleado 3  
Pensionista 4

## 2.- DATOS ASISTENCIALES

---

**2.1- Fecha de ingreso:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2.2- Fecha de alta** (si procede): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2.3-Ingresos psiquiátricos en los últimos 5 años

Sí 1  
No 2  
No consta 3

### 2.3- Tipo de Recurso

- Residencial/Larga estancia  1  
Media estancia  2  
Centro de día/Hospital de día  3  
Piso tutelado  4  
Piso protegido  5  
Otros \_\_\_\_\_  6

### 2.3- Área Asistencial

- Psiquiatría  1  
Psicogeriatría  2  
Otras \_\_\_\_\_  3

### 2.4- Diagnóstico Psiquiátrico (CIE-10)

#### 2.3.1- Diagnóstico Psiquiátrico Principal

Diagnóstico	Código

#### 2.3.2-Otros diagnósticos Psiquiátricos secundarios

Diagnóstico	Código
Diagnóstico	Código

### 2.4- Taxonomía Enfermera NANDA-NIC-NOC

2.4.1-Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(se incluye la valoración más reciente)

#### 2.4.2-Tipo de valoración

- Inicial -a los 15 días del ingreso  1  
Inicial - al mes del ingreso  2  
Revaloración anual  3

#### 2.4.3-Diagnósticos NANDA y factores relacionados

Código NANDA	Relacionado con (R/C):
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

#### 2.4.4- Correlación NNN

(Acompañar al lado de la palabra DE un asterisco (\*) para diferenciar los bloques)

DE/NIC/NOC	Código
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

### 3.- ESCALA HoNOS

---

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada                   | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| 2. Autolesiones no accidentales   | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| 3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas                               | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| 4. Problemas cognitivos   | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| 5. Problemas por enfermedad física o discapacidad                         | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| 6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| 7. Problemas en relación con el humor depresivo                           | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| 8. Otros problemas mentales o conductuales                                | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| Especificar el tipo de trastorno: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J            | <input type="checkbox"/> |                          |
| 9. Problemas con las relaciones   | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| 10. Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana        | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| 11. Problemas con las condiciones de vida                                 | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |
| 12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades              | 0 1 2 3 4                | <input type="checkbox"/> |

**Puntuación Total:**

**0 - 48**

---

## **ANEXO 2**

### **Glosario de puntuación de la escala HoNOS**

---

## Aplicación Escala HoNOS

### **RESUMEN DE LAS INSTRUCCIONES DE PUNTUACIÓN**

1. **Puntuar** cada una de las escalas siguiendo el orden de la 1 a la 12
2. **No** incluir información ya puntuada en un ítem previo excepto en el ítem 10 que es una evaluación global
3. **Puntuar** el problema **MÁS SEVERO** ocurrido durante el periodo de tiempo evaluado
4. **Todas las escalas** siguen el formato:
  - 0 = sin problema
  - 1 = problema menor que no requiere intervención
  - 2 = problema leve pero claramente presente
  - 3 = problema de moderada gravedad
  - 4 = problema grave o muy grave

### **GLOSARIO DE LA HOJA DE PUNTUACIÓN HoNOS**

#### **1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada**

Incluye tal comportamiento debido a cualquier causa (por ejemplo drogas, alcohol, demencia, psicosis, depresión, etc.)

No incluye la conducta bizarra, que se puntúa en la escala 6

0. Sin problema de este tipo durante el periodo evaluado
1. Irritabilidad, enfrentamientos, inquietud etc. que no requiere intervención
2. Incluye actitudes agresivas; empujar o importunar a otras personas; amenazas o agresiones verbales; daños menores a bienes y enseres (por ejemplo romper vasos, cristales); hiperactividad marcada o agitación
3. Agresividad física hacia otras personas o animales (insuficiente para puntuar 4); actitud amenazante; hiperactividad más grave o destrucción de bienes o enseres
4. Al menos un ataque físico serio a otras personas o animales; destrucción de propiedades (por ejemplo provocando incendios); conducta intimidatoria u obscena

#### **2. Autolesiones no accidentales**

No incluye las autolesiones accidentales (debidas, por ejemplo, a demencia o a incapacidad intelectual severa); los problemas cognitivos han de ser puntuados en la Escala 4 y el daño resultante en la Escala 5

No incluye las enfermedades o lesiones producidas como consecuencia directa del consumo de alcohol o drogas, que se puntúan en la Escala 3; (por ejemplo la cirrosis hepática o las lesiones derivadas de conducir en estado ebrio se puntúan en la escala 5).

0. Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado
1. Pensamientos pasajeros de acabar con todo pero riesgo pequeño durante el periodo evaluado; no autolesiones
2. Riesgo leve durante el periodo evaluado; incluye autolesiones no peligrosas (por ejemplo arañarse las muñecas)

3. Riesgo moderado o grave de autoagresión deliberada durante el periodo evaluado; incluye actos preparatorios (por ejemplo acumular medicación)
4. Tentativa seria de suicidio y/o autolesión grave deliberada durante el periodo evaluado

### 3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas

No incluye la conducta agresiva/destructiva secundaria al consumo de alcohol o drogas, puntuado en la Escala 1

No incluye a las enfermedades o discapacidades derivadas del consumo de alcohol o drogas, puntuadas en la Escala 5

0. Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado
1. Consumo excesivo pero dentro de las normas sociales
2. Pérdida de control en el consumo de alcohol o drogas pero sin dependencia seria
3. Marcada apatencia o dependencia del alcohol o drogas con frecuente pérdida del control; conductas de riesgo durante los periodos de intoxicación
4. Incapacitado por los problemas de alcohol/drogas

### 4. Problemas Cognitivos

Incluye problemas de memoria, orientación y comprensión asociadas a cualquier trastorno: incapacidad intelectual, demencia, esquizofrenia, etc.

No incluir trastornos temporales (por ejemplo resacas) secundarios al consumo de alcohol o drogas, puntuados en la Escala 3

0. Ningún problema de este tipo durante el periodo evaluado
1. Problemas menores de memoria o comprensión (por ejemplo olvido ocasional de nombres)
2. Problemas leves pero claros (por ejemplo se ha perdido en un lugar familiar o no ha reconocido a una persona conocida); confusión ocasional en relación con decisiones simples
3. Marcada desorientación en el tiempo, el espacio o las personas; desconcierto ante acontecimientos cotidianos; lenguaje algunas veces incoherente; enlentecimiento mental
4. Desorientación severa (por ejemplo incapacidad para reconocer a familiares); riesgo de accidentes; habla incomprensible; obnubilación o estupor

### 5. Problemas por enfermedad física o discapacidad

Incluye enfermedades o discapacidades de cualquier causa que limiten o impidan el movimiento, o deterioren la capacidad visual o auditiva, o que de otra manera interfieran con la autonomía personal

Incluye a los efectos secundarios de la medicación; los efectos del consumo de drogas/alcohol; las discapacidades físicas derivadas de accidentes o de autolesiones asociadas a problemas cognitivos, conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, etc.

No incluye los problemas mentales o conductuales puntuados en la Escala 4

0. Ningún problema de salud física durante el periodo evaluado
1. Problema menor de salud durante dicho periodo (por ejemplo resfriados, caídas de poca importancia, etc.)
2. Problema de salud física que provoca limitación leve de la movilidad y actividad
3. Grado moderado de limitación de la actividad debido a un problema de salud física



4. Incapacidad severa o completa secundaria a un problema de salud física

## 6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones

Incluye alucinaciones e ideas delirantes independientemente del diagnóstico

Incluye la conducta extraña o bizarra asociada a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes

No incluye la conducta agresiva, destructiva o hiperactiva atribuible a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes, que se puntúa en la Escala 1

0. No hay evidencia de alucinaciones, ideas delirantes durante el periodo evaluado
1. Creencias excéntricas o en alguna medida extrañas no congruentes con el ambiente cultural del paciente
2. Ideas delirantes o alucinaciones (por ejemplo voces o visiones) presentes, pero originan escaso malestar o conducta bizarra en el paciente, es decir clínicamente presente pero de forma leve
3. Preocupación marcada en relación con las ideas delirantes o las alucinaciones, que originan mucho malestar y/o se manifiestan en una conducta bizarra obvia, es decir problema de moderada severidad clínica
4. El estado mental y la conducta del paciente están seria y negativamente afectados como consecuencia de las ideas delirantes o de las alucinaciones, con una repercusión severa sobre el paciente

## 7. Problemas en relación con el humor depresivo

No incluye la hiperactividad o la agitación, que se puntúa en la Escala 1

No incluye la ideación o tentativas de suicidio, que se puntúan en la Escala 2

No incluye la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, que se puntúan en la Escala 6

0. Ningún problema asociado con humor depresivo durante el periodo evaluado
1. Tristeza; o cambios menores en el estado de ánimo
2. Depresión y malestar leve pero claro (por ejemplo sentimientos de culpa; pérdida de la autoestima)
3. Depresión con autoinculación injustificada; preocupación acerca de sentimientos de culpa
4. Depresión severa o muy severa, con ideas de culpa o autoacusación

## 8. Otros problemas mentales o conductuales

Puntuar únicamente el problema clínico más severo que no haya sido considerado en los ítems 6 y 7 como sigue. Especificar el tipo de problema consignando la letra apropiada: A fóbico; B ansiedad; C obsesivo-compulsivo; D sobrecarga mental y tensión; E disociativo; F somatoforme; G alimentación; H sueño; I sexual; J otros, especificar

0. Sin evidencia de cualquiera de estos problemas a lo largo del periodo evaluado
1. Problemas menores solamente
2. Problema clínicamente presente con intensidad leve (por ejemplo el paciente tiene un cierto grado de control)
3. Crisis o malestar severo de forma ocasional, con pérdida de control (por ejemplo se ve obligado a evitar por completo situaciones que generan ansiedad, pedir ayuda a un vecino, etc.) es decir nivel de problema moderadamente severo
4. Problema grave que domina la mayoría de las actividades

## 9. Problemas con las relaciones

Puntuar el problema más severo del paciente asociado a la carencia activa o pasiva de relaciones sociales, y/o a relaciones carentes de apoyo, destructivas o autolesivas

0. Ningún problema significativo durante el periodo evaluado
1. Problema menor sin entidad clínica
2. Problema claro para crear o mantener relaciones de apoyo: el paciente se queja de ello y/o tales problemas son evidentes para los demás
3. Problema severo y persistente debido a carencia pasiva o activa de relaciones sociales y/o que las relaciones existentes aportan un escaso o nulo apoyo o consuelo
4. Aislamiento social grave y penoso debido a incapacidad para comunicarse socialmente y/o a la pérdida de las relaciones sociales

## 10. Problemas con las actividades de la vida cotidiana

Puntuar el nivel medio de funcionamiento en las actividades de la vida diaria (AVD): por ejemplo problemas con actividades básicas de cuidados personales como la alimentación, la limpieza personal, la vestimenta, el uso del lavabo; también habilidades complejas como la administración del dinero, la organización de donde vivir, la ocupación y el tiempo libre, la movilidad y el uso del transporte, las compras, el desarrollo personal, etc.

Incluye: cualquier falta de motivación para manejarse o valerse por sí mismo, puesto que esto contribuye a un menor nivel de funcionamiento

No incluye la falta de oportunidades para ejercer las habilidades y capacidades intactas, que se registra en las Escalas 11 y 12

0. Sin problemas durante el periodo evaluado; buena capacidad de funcionamiento en todas las áreas
1. Problemas menores solamente (por ejemplo desordenado, desorganizado)
2. Cuidados personales adecuados pero fallo importante en la realización de una o más habilidades complejas (ver arriba)
3. Problemas severos en una o más áreas de los cuidados personales (alimentación, limpieza personal, vestimenta, uso del lavabo) así como discapacidad severa para ejecutar varias habilidades complejas
4. Discapacidad grave o incapacidad en todas o casi todas las áreas de cuidados personales y habilidades complejas

## 11. Problemas con las condiciones de vida

Puntuar la severidad media de los problemas en relación con la calidad de las condiciones de vida y con la rutina doméstica cotidiana

¿Están cubiertas las necesidades básicas (calefacción, luz, higiene)? Si es así, ¿se dispone de ayuda para afrontar las discapacidades y de variedad de oportunidades para utilizar habilidades y desarrollar otras nuevas?

No puntuar el nivel de discapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10

Nota: puntuar el alojamiento habitual del paciente. Si la evaluación se lleva a cabo en una unidad de internamiento de corta estancia, puntuar su alojamiento habitual.

0. El alojamiento y las condiciones de vida son aceptables; útil para mantener cualquier discapacidad registrada en la Escala 10 en el más bajo nivel posible, y para ayudar al paciente a valerse por sí mismo

1. El alojamiento es razonablemente aceptable aunque existen problemas menores o transitorios (por ejemplo la situación no es la ideal, no es la opción preferida, la comida no es de su agrado, etc.)
2. Problema significativo con uno o más aspectos del alojamiento y/o régimen (por ejemplo elección restringida; el personal o las personas que viven con el paciente tienen conocimientos insuficientes acerca de como limitar la discapacidad o de como ayudar a utilizar o a desarrollar habilidades nuevas o intactas)
3. Múltiples problemas preocupantes en relación con el alojamiento (por ejemplo carencia de algunas necesidades básicas); los recursos del entorno doméstico para mejorar la independencia del paciente son mínimos o inexistentes
4. El alojamiento es inaceptable (por ejemplo carece de las necesidades básicas, el paciente está en riesgo de desahucio o de quedarse en la calle, o las condiciones de vida son por lo demás intolerables), agravando los problemas del paciente

## **12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades**

Puntuar el nivel global de problemas en relación con la calidad del entorno cotidiano. ¿Existe ayuda disponible para afrontar las discapacidades, y oportunidades para mantener o mejorar capacidades ocupacionales y recreativas y actividades?. Considerar factores tales como el estigma, falta de personal cualificado, acceso a recursos de apoyo (por ejemplo personal y equipamiento de centros de día, talleres, clubes sociales, etc.)

No puntuar el nivel de incapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10

Nota : Puntuar la situación habitual del paciente. Si el paciente está internado en una unidad de corta estancia, puntuar las actividades durante el periodo previo al ingreso.

0. El entorno cotidiano del paciente es aceptable: útil para mantener cualquier discapacidad puntuada en la Escala 10 en el menor nivel posible, y para ayudar al paciente a valerse por sí mismo.
1. Problema menor o transitorio (por ejemplo retraso en cobrar el paro): recursos razonables disponibles pero no siempre en el momento deseado, etc.
2. Surtido limitado de actividades; carencia de tolerancia razonable (por ejemplo denegar injustificadamente la entrada en bibliotecas u otros lugares públicos, etc.); en desventaja por la falta de domicilio estable; apoyo insuficiente por parte de profesionales o cuidadores; ayuda durante el día disponible pero durante tiempo muy limitado
3. Deficiencia marcada de servicios cualificados disponibles que ayuden a minimizar el nivel de discapacidad existente; ausencia de oportunidades para utilizar habilidades intactas o para adquirir nuevas; atención no cualificada de difícil acceso
4. La falta de oportunidades para realizar actividades durante el día contribuye a empeorar los problemas del paciente

---

**ANEXO 3**  
**Hoja informativa**

---

## Proyecto de investigación: Validación de contenido del diagnóstico de enfermería “Trastorno de los procesos de pensamiento”

Estimada/o colega,

Mi nombre es Paula Escalada, soy enfermera y actualmente estoy cursando mis estudios de doctorado en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra bajo la dirección de la Dra. Blanca Marín Fernández y el Dr. Manuel Martín Carrasco. Dentro del proyecto de investigación que estoy llevando a cabo, se ha elaborado una nueva versión del diagnóstico de enfermería NANDA-I **Trastornos de los Procesos de Pensamiento**, tras una revisión conceptual exhaustiva, y se va a proceder a su validación por expertos.

Para ello se está buscando la colaboración de profesionales de enfermería hispanohablantes “expertos” que den su opinión sobre los diferentes aspectos del diagnóstico. **Por este motivo contactamos con usted, en calidad de experto.**

En el estudio se incluirán expertos con dos perfiles diferentes: un perfil más académico y un perfil más asistencial relacionado con la salud mental. Se han establecido unos criterios de inclusión para cada uno de los perfiles de expertos.

**Si cumple los criterios de alguno de los dos perfiles de expertos, nos encantaría contar con su colaboración en el proyecto.**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

EXPERTOS ACADÉMICOS	EXPERTOS SALUD MENTAL
<b>Titulación académica mínima:</b> Master o Licenciatura	<b>Titulación académica mínima:</b> Especialidad de Enfermería en Salud Mental
<b>Formación específica sobre metodología enfermera y diagnósticos de enfermería:</b> mínimo asistencia a un curso o conferencia	<b>Experiencia asistencial en salud mental:</b> mínimo 5 años
<b>Experiencia relativa al uso de metodología enfermera y diagnósticos de enfermería:</b> demostrada mediante producción científica (mínimo: 1 artículo o comunicación) o docencia impartida (mínimo: 2 años)	<b>Experiencia en el uso de metodología enfermera y diagnósticos de enfermería en la práctica asistencial:</b> mínimo 1 año

**Su participación en el estudio consistirá** en responder a un cuestionario aportando su opinión sobre la etiqueta *Trastornos de los Procesos de Pensamiento*, su definición, sus características definitorias y factores relacionados, posibles NOC Y NIC asociados y su relevancia en la práctica clínica. El cuestionario le será enviado por email en tres ocasiones en un periodo de tres meses.

Si está interesada/o en formar parte del estudio como experto, por favor envíe **un email a la dirección de contacto facilitada detallando su nombre y apellidos, confirmando que desea participar en el proyecto.** Sus datos personales serán utilizados sólo para establecer contacto, la cumplimentación de los

cuestionarios será totalmente anónima.

Por último, animarle para que participe en el proyecto ya que es una gran oportunidad de colaborar en investigación y contribuir al desarrollo de conocimiento en nuestra disciplina.

Le agradeceríamos si pudiera, además, **identificar a otros expertos entre sus colegas** y facilitar sus datos de contacto (nombre, apellidos e email), siempre y cuando obtenga la autorización de los interesados.

Muchas gracias por su atención,

**Paula Escalada Hernández**

**Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra.**

**Dirección de contacto:** [paula.escalada@unavarra.es](mailto:paula.escalada@unavarra.es)

**upna**  
Universidad  
Pública de Navarra  
Nafarroako  
Unibertsitate Publikoa

---

**ANEXO 4**

**Correo electrónico de invitación a participar en el proyecto**

---

Estimado/a -----,

Mi nombre es Paula Escalada, como parte de mi tesis doctoral, dirigida por la Dra. Blanca Marín Fernández, estoy llevando a cabo un estudio para la revisión conceptual y validación del diagnóstico de enfermería "Trastorno de los procesos de pensamiento". Hemos realizado una revisión conceptual exhaustiva, en base a la cual se ha desarrollado una nueva versión del diagnóstico que pretendemos validar con un amplio panel de expertos (hispanohablantes) mediante la técnica Delphi.

Nos ponemos en contacto con usted porque nos gustaría invitarle a participar en el estudio en calidad de experto.

Se incluye la hoja de información con todos los detalles sobre el estudio.

Quedo a su disposición para cualquier duda o sugerencia.

Muchas gracias por su atención.

Un saludo,

Paula Escalada

---

## **ANEXO 5**

### **Correo electrónico de confirmación de participación**

---



Estimado/a ..... ,

Muchas gracias por el interés mostrado en participar en el estudio para la validación del diagnóstico de enfermería *Trastorno de los procesos de pensamiento*, que como sabes se está realizando en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra y es coordinado por la Dra. Blanca Marín Fernández y yo misma.

Para más información, detallo el desarrollo previsto del estudio:

- Se realizarán **tres rondas del cuestionario** para la validación de la nueva versión del diagnóstico con el objetivo de intentar alcanzar consenso entre los miembros del panel de expertos.
- La **distribución de los cuestionarios** se realizará de **forma electrónica**. Se enviará un correo electrónico con un link que dará acceso al cuestionario.
- Durante el mes de **mayo** está previsto comenzar con la distribución de la primera ronda del cuestionario.

Quedo a tu disposición para cualquier duda o sugerencia.

De nuevo muchas gracias por tu participación.

Un saludo,

---

## **ANEXO 6**


### **Cuestionarios de Rondas 1, 2 y 3**

---


## CUESTIONARIO RONDA 1

### CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Estudio de investigación coordinado desde el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.



[Continuar »](#) 10% completado

Con la tecnología de  Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de enfermería Trastorno de los procesos de pensamiento fue retirado en la edición 2009-2011 de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I por falta de evidencia. Sin embargo, son muchos los profesionales de enfermería especialistas en salud mental que valoran que este diagnóstico define un ámbito de problema que atienden normalmente en su práctica clínica.

Este proyecto tiene el objetivo de desarrollar un nuevo diagnóstico de enfermería centrado en el concepto de pensamiento. Para tal fin, se ha realizado un extenso proceso de revisión conceptual y empírica. Las principales conclusiones de esta revisión son:

- El pensamiento es un proceso cognitivo complejo dirigido a alcanzar una meta o solución.
- Los principales dominios del proceso de pensamiento son categorización (generación y organización de conceptos e ideas), razonamiento (juicio y discernimiento) y resolución de problemas.
- En la práctica clínica, al valorar el estado cognitivo de los pacientes, se habla de función cognitiva. La función cognitiva se compone de diferentes dimensiones. Entre ellas, la que valora el pensamiento como proceso cognitivo es la dimensión función ejecutiva.
- La función ejecutiva se refiere a las operaciones cerebrales superiores (p. ej. pensamiento abstracto, razonamiento y resolución de problemas) necesarias para la realización de tareas complejas.
- El pensamiento entendido como proceso es un fenómeno de salud relevante y susceptible de intervención por parte de enfermería.
- Los rasgos del proceso de pensamiento que habitualmente se valoran son contenido, curso y forma y ritmo.

En base a este trabajo conceptual, se ha elaborado una nueva propuesta cuyo núcleo diagnóstico es "proceso de pensamiento" y cuyos elementos le son presentados para su valoración.

« Atrás

Continuar »



20% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

### INSTRUCCIONES

- Este estudio ha obtenido el visto bueno por parte del Comité de Ética de la Universidad Pública de Navarra. Se le garantiza que sus respuestas serán totalmente anónimas y confidenciales.
- LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO IMPLICA SU CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO. Su participación es totalmente voluntaria y tiene libertad para abandonar el estudio en el momento que lo desee.
- Este es el primero de tres cuestionarios que le serán enviados en rondas sucesivas.
- El tiempo necesario para completar el cuestionario puede variar según cada experto, pero se estima que puede estar en torno a 30 minutos.
- Recuerde, no existen repuestas correctas o erróneas. Buscamos su opinión de experto, colaboración indispensable para nosotros. Pensamos, además, que encontrará el proceso interesante y estimulante. Al final del estudio, será informado sobre los resultados obtenidos.
- Por favor, lea las instrucciones con atención. Para avanzar a través del cuestionario es necesario responder a TODAS las preguntas.
- Tenga en cuenta que sus respuestas no serán registradas hasta que pulse el botón "enviar" en la última pantalla. Si cierra su navegador antes de enviar las respuestas, éstas no serán guardadas y será necesario completar el cuestionario de nuevo.
- En cada uno de los apartados del cuestionario se le plantearán varias opciones para cada uno de los elementos del diagnóstico de enfermería. Se le pedirá que puntúe cada una de ellas según una escala facilitada. También dispondrá de espacio para hacer los comentarios que considere oportunos al respecto.
- Como sabe, dispone de 2 semanas para cumplimentar este cuestionario. La fecha límite de envío es el 3 de junio.

« Atrás

Continuar »



30% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### IDENTIFICADOR

Por favor, anote el identificador que le fue enviado por correo electrónico. El identificador será usado exclusivamente para el control de los envíos de las tres rondas del cuestionario. Sus repuestas serán totalmente anónimas y confidenciales.

\*

« Atrás Continuar »

40% completado

Con la tecnología de  Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### NOMBRE DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA

Teniendo en cuenta que el núcleo diagnóstico planteado es "PROCESO DE PENSAMIENTO" y que la NANDA-I ofrece diversos descriptores (adjetivos) para la construcción de las etiquetas diagnósticas, a continuación se presentan cinco propuestas diferentes para el nombre de la etiqueta diagnóstica.

Por favor, numere las propuestas del 1 al 5 según su orden de preferencia, siendo 1 la propuesta que considera más adecuada y 5 la que menos.

Proceso de pensamiento disfuncional \*

Proceso de pensamiento ineficaz \*

Proceso de pensamiento desorganizado \*

Deterioro del proceso de pensamiento \*

Trastorno del proceso de pensamiento \*

Expresar los comentarios o sugerencias que considere oportuno sobre el nombre de la etiqueta:

## CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

A continuación, se presenta la definición propuesta para el diagnóstico de enfermería.

Por favor, puntúe dicha definición de acuerdo a si, en su opinión, describe de forma clara y precisa el fenómeno de salud recogido en la etiqueta diagnóstica. Para ello utilice la siguiente escala:

- 0 Nada clara y precisa
- 1 Poco clara y precisa
- 2 Algo clara y precisa
- 3 Suficientemente clara y precisa
- 4 Bastante clara y precisa
- 5 Muy clara y precisa
- 6 Completamente clara y precisa

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO PROPUESTA:

**Trastorno del funcionamiento cognitivo en su dimensión función ejecutiva caracterizado por un déficit en las actividades mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas. \***

0 1 2 3 4 5 6

Nada clara y precisa        Completamente clara y precisa

Expresé los comentarios que considere oportuno sobre la definición del diagnóstico. Por favor, si su puntuación ha sido igual o menor a 2, razone su respuesta.

## CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

A continuación se presentan las características definitorias del diagnóstico. Además, se incluye una definición operativa de cada una de ellas para precisar y facilitar la comprensión de cada una y ofrecer criterios comunes para su valoración.

Por favor, puntúe cada característica definitoria según esta escala:

- 0 Nada indicativa del diagnóstico
- 1 Poco indicativa
- 2 Algo indicativa
- 3 Suficientemente indicativa
- 4 Bastante indicativa
- 5 Muy indicativa
- 6 Completamente indicativa del diagnóstico

### Características definitorias propuestas

#### 1. Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada \*

Definición: Se observa falta de coherencia y lógica en el flujo de pensamiento a través de su discurso.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

#### 2. Expresa pensamientos no basados en la realidad \*

Definición: Expresa ideas o razonamientos inusuales o inverosímiles o que no están basados en lo que ocurre verdaderamente (ideas delirantes).

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 3. Alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción \*

Definición: Se observa dificultad para la elaboración de conceptos o para extraer ideas generales e identificar las cualidades específicas de realidades concretas, objetos específicos o ejemplos reales.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 4. Alteración de la capacidad de juicio \*

Definición: Verbaliza o se observa disminución de la habilidad para discernir y evaluar entre diferentes opciones y sus consecuencias.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 5. Incapacidad para la planificación de actividades \*

Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 6. Incapacidad para la toma de decisiones \*

Definición: Verbaliza o se observa dificultad para realizar una elección entre opciones, llevar a cabo la elección, y evaluar los efectos de la elección.

0 1 2 3 4 5 6

Nada inidcativa        Completamente indicativa

### 7. Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas \*

Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para encontrar soluciones a problemas o cuestiones identificando y analizando los factores, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando una solución elegida.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 8. Dificultad para el afrontamiento \*

Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 9. Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad \*

Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para desempeñar los roles propios de su edad como la búsqueda y mantenimiento de un empleo, la emancipación, el formar una familia, la participación activa en la sociedad, etc.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 10. Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria \*

Definición: Verbaliza o se observa dificultad para llevar a cabo tareas que permiten a la persona mantener su independencia en la comunidad como el mantenimiento del hogar, el uso del teléfono o el transporte, el manejo de la medicación, la administración de dinero, etc.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 11. Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria \*

Definición: Verbaliza o se observa falta de autonomía para actividades relacionadas con el autocuidado y la movilidad como el aseo, el vestido, la alimentación, el uso inodoro, la movilidad y deambulación, etc..

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

**12. Capacidad limitada para el control de impulsos \***

Definición: En su comportamiento se observa un patrón de reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

**13. No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones \***

Definición: Verbaliza ideas que indican una interpretación inexacta o inadecuada de los estímulos internos y/o externos.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

**14. Suspiciousidad \***

Definición: A través de su discurso se observa una tendencia excesiva a mostrarse desconfiado o sospechar en situaciones cotidianas.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

**15. Obsesiones \***

Definición: Verbaliza o se observa la presencia de pensamientos o ideas persistentes con los que la mente está continua e involuntariamente preocupada y que sugieren un acto irracional.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

**16. Fobias \***

Definición: Verbaliza un miedo excesivo y persistente provocado por un objeto o situación, sin fundamentos sólidos o aceptados como razonables.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

**17. Dificultad para la comunicación verbal \***

Definición: Se observa una disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

**18. Capacidad limitada para las relaciones sociales \***

Definición: Verbaliza o se observa una cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

**19. Respuesta emocional inapropiada a la situación \***

Definición: Manifestación de emociones o sentimientos que son incongruentes o inconsistentes con la situación presente.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

**20. Conductas agresivas \***

Definición: Se observa un riesgo de conductas en la que la persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para otros.

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

Por favor, rzone su respuesta para aquellos ítems donde su puntuación haya sido igual o menor a 2. Además, exprese los comentarios que considere oportuno sobre las características definitorias propuestas, indicando el número de característica definitoria al que hace referencia.



# CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

## FACTORES RELACIONADOS

A continuación se presentan los factores relacionados del diagnóstico. Además, se incluye una definición de cada uno de ellos para facilitar su comprensión y establecer criterios comunes.

Por favor, puntúe cada factor relacionado según esta escala:

- 0 Nada relacionado con el diagnóstico
- 1 Poco relacionado
- 2 Algo relacionado
- 3 Suficientemente relacionado
- 4 Bastante relacionado
- 5 Muy relacionado
- 6 Completamente relacionado con el diagnóstico

### Psicológicos

#### 1. Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria) \*

Definición: Trastorno de los procesos psicológicos relacionados con la sensación, percepción, atención, concentración, memoria e imaginación.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

#### 2. Desorientación en tiempo, espacio y/o persona \*

Definición: Estado de confusión mental caracterizado por una percepción inadecuada o incorrecta de lugar, tiempo o identidad.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

#### 3. Confusión aguda o crónica \*

Definición: Trastornos de la conciencia, atención, conocimiento, percepción, memoria, orientación y/o de la conducta que pueden ser de inicio brusco y reversibles o irreversibles y de larga duración.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

#### 4. Alucinaciones \*

Definición: Percepción sensorial que no se origina a partir de un estímulo externo. Pueden ser sensoriales (auditivas, gustativas, olfativas, táctiles o visuales), cenestésicas, cinéticas o motrices, y psíquicas o pseudoalucinaciones.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

#### 5. Ansiedad \*

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

#### 6. Afrontamiento ineficaz \*

Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

## Fisiopatológicos

### 7. Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular) \*

Definición: Daño orgánico o funcional del tejido cerebral.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 8. Trastornos neurodegenerativos (p. ej. Demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.) \*

Definición: Enfermedades que producen una degeneración crónica y progresiva a nivel neurológico.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 9. Alteración de los órganos de los sentidos \*

Definición: Alteración de la función de los órganos implicados en la percepción sensorial (p. ej. ojos, oídos, etc.).

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 10. Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar) \*

Definición: Enfermedades que producen una alteración en el estado mental con síntomas a nivel cognitivo, conductual y/o emocional.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 11. Insomnio \*

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 12. Abuso de sustancias \*

Definición: Falta de control en el uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 13. Trastornos bioquímicos \*

Definición: Alteraciones en la función y equilibrio a nivel químico y molecular del organismo (p. ej. alteraciones en el equilibrio electrolítico).

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

## Situacionales

### 14. Temor/Miedo \*

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 15. Duelo \*

Definición: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 16. Duelo complicado \*

Definición: Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 17. Aislamiento social \*

Definición: Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 18. Deprivación sensorial \*

Definición: Ausencia o carencia de estímulos suficientes en el entorno.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 19. Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos) \*

Definición: Situaciones en que la persona está expuesta a condiciones adversas de gravedad que pueden producir shocks emocionales o traumas psíquicos.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 20. Dolor \*

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 21. Efectos secundarios del tratamiento \*

Definición: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente y relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento (p. ej. somnolencia asociada al consumo de fármacos neurolépticos).

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

## De maduración

### 22. Envejecimiento \*

Definición: Resultado del deterioro en la edad madura y avanzada de numerosas funciones corporales.

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

Por favor, razone su respuesta para aquellos ítems donde su puntuación haya sido igual o menor a 2. Además, exprese los comentarios que considere oportuno sobre los factores relacionados propuestos, indicando el número de factor relacionado al que hace referencia.

« Atrás Continuar »

80% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### PANTALLA 4. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

#### DATOS DEMOGRÁFICOS

Género \*

- Hombre  
 Mujer

Año de nacimiento \*

País de residencia \*

- España  
 País de América Latina\*

\*Si procede, especifique en qué país de América Latina reside:

#### SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL

Puesto ocupado (seleccionar) \*

- Enfermera asistencial  
 Puesto de gestión  
 Puesto docente o de investigación  
 Otro:

Tipo de institución (seleccionar) \*

- Académica  
 Sanitaria  
 Otro:

Especifique el número de años de trabajo en ese puesto: \*

#### FORMACIÓN ACADÉMICA

Año de obtención del título de Enfermería (especificar) \*

Estudios de posgrado (seleccionar)

- Master o Maestría  
 Doctorado  
 Otro:

Especialidad de Enfermería en Salud Mental\*

- No  
 Si

\*En caso afirmativo, indique el año de obtención del título de enfermera especialista en Salud Mental:

#### EXPERIENCIA EN SALUD MENTAL

¿Ha trabajado como enfermera en Salud Mental y/o Psicogeriatría?\*

- No  
 Si

\*\*\*\*En caso AFIRMATIVO continúe respondiendo a las siguientes preguntas; en caso NEGATIVO pase a la siguiente sección.

\*En caso afirmativo especifique los años de experiencia en Salud Mental:

Su experiencia en Salud Mental se ha desarrollado mayoritariamente en (seleccionar):

- Atención a adultos
- Atención infanto-juvenil

¿Ha utilizado o utiliza actualmente la Taxonomía NANDA-I de forma rutinaria en la atención a sus pacientes?\*

- No
- Si

\*En caso afirmativo, especifique el número de años aproximado:

## FORMACIÓN SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y METODOLOGÍA ENFERMERA

¿Ha recibido algún tipo de formación sobre diagnósticos de enfermería y/o metodología enfermera? \*

- No
- Si

En caso afirmativo, indique el tipo de formación recibida:

- Durante la carrera, formación de posgrado o especialidad
- Cursos de formación continuada o en el centro de trabajo
- Asistencia a congresos o conferencias relacionadas
- Autoestudio: lectura de artículos científicos o libros
- Otro:

## EXPERIENCIA DOCENTE SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y METODOLOGÍA ENFERMERA

¿Ha impartido docencia sobre diagnósticos de enfermería y/o metodología enfermera?

- No
- Si

En caso afirmativo, especifique el número aproximado de horas impartidas:

## PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

¿Ha participado en alguna publicación o comunicación relacionada con los diagnósticos de enfermería y/o metodología enfermera?

- No
- Si

En caso afirmativo, especifique número de publicaciones/comunicaciones:

 90% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Muchas gracias por completar el cuestionario.

El envío del segundo cuestionario tendrá lugar en el mes de junio, y también dispondrá de 15 días para su contestación. Las cuestiones incluidas en el segundo cuestionario serán similares a las planteadas aquí. Además, se aportará información sobre las repuestas globales del panel de expertos para que tenga oportunidad de comparar su opinión con la del grupo.

Le agradezco su participación en el estudio, ya que su aportación junto a la del resto de expertos contribuirá a la producción de unos resultados relevantes y significativos en esta investigación.

Quedo a su disposición para cualquier duda o sugerencia.

Un saludo,

Paula Escalada  
Email: [paula.escalada@unavarra.es](mailto:paula.escalada@unavarra.es)

**\*\*RECUERDE PULSAR EL BOTÓN "ENVIAR" PARA REGISTRAR SUS RESPUESTAS CORRECTAMENTE**



[← Atrás](#) [Enviar](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

100%: has terminado.

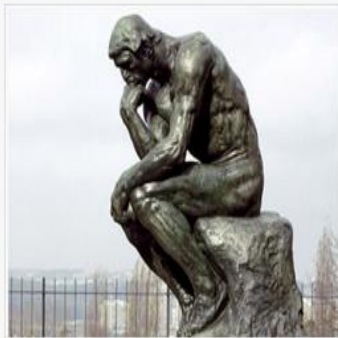
Con la tecnología de Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## CUESTIONARIO RONDA 2

### RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Estudio de investigación coordinado desde el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.



Continuar »

10% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

### RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

#### INSTRUCCIONES

- Esta es la segunda ronda del cuestionario. En este estudio se persigue alcanzar el consenso entre el panel de expertos. Por ello, se le informará sobre las respuestas globales del panel en la primera ronda en cada uno de los ítems para que puedan guiar su reflexión en esta segunda ronda.
- En el cuestionario se le plantearán de nuevo varias opciones para cada uno de los elementos del diagnóstico de enfermería y se le pedirá que las vuelva a valorar.
- En esta segunda ronda es importante que para aquellos ítems cuya valoración sea inferior a tres, aporte comentarios con su justificación en el espacio dispuesto para ello.
- Recuerde, no existen repuestas correctas o erróneas. Buscamos su opinión de experto, colaboración indispensable para nosotros. Pensamos, además, que encontrará el proceso interesante y estimulante. Al final del estudio, será informado sobre los resultados obtenidos.
- Por favor, lea las instrucciones con atención. Para avanzar a través del cuestionario es necesario responder a TODAS las preguntas.
- Tenga en cuenta que sus respuestas no serán registradas hasta que pulse el botón "enviar" en la última pantalla. Si cierra su navegador antes de enviar las respuestas, éstas no serán guardadas y será necesario completar el cuestionario de nuevo.
- Como sabe, dispone de 2 semanas para cumplimentar este cuestionario. La fecha límite de envío es el 23 DE JUNIO.

« Atrás Continuar »

20% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de enfermería Trastorno de los procesos de pensamiento fue retirado en la edición 2009-2011 de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I por falta de evidencia. Sin embargo, son muchos los profesionales de enfermería especialistas en salud mental que valoran que este diagnóstico define un ámbito de problema que atienden normalmente en su práctica clínica.

Este proyecto tiene el objetivo de desarrollar un nuevo diagnóstico de enfermería centrado en el concepto de pensamiento. Para tal fin, se ha realizado un extenso proceso de revisión conceptual y empírica. Las principales conclusiones de esta revisión son:

- El pensamiento es un proceso cognitivo complejo dirigido a alcanzar una meta o solución.
- Los principales dominios del proceso de pensamiento son categorización (generación y organización de conceptos e ideas), razonamiento (juicio y discernimiento) y resolución de problemas.
- En la práctica clínica, al valorar el estado cognitivo de los pacientes, se habla de función cognitiva. La función cognitiva se compone de diferentes dimensiones. Entre ellas, la que valora el pensamiento como proceso cognitivo es la dimensión función ejecutiva.
- La función ejecutiva se refiere a las operaciones cerebrales superiores (p. ej. pensamiento abstracto, razonamiento y resolución de problemas) necesarias para la realización de tareas complejas.
- El pensamiento entendido como proceso es un fenómeno de salud relevante y susceptible de intervención por parte de enfermería.
- Los rasgos del proceso de pensamiento que habitualmente se valoran son contenido, curso y forma y ritmo.

En base a este trabajo conceptual, se ha elaborado una nueva propuesta cuyo núcleo diagnóstico es "proceso de pensamiento" y cuyos elementos le son presentados para su valoración.

« Atrás Continuar »

30% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### IDENTIFICADOR

Por favor, anote el identificador que le fue enviado por correo electrónico. El identificador será usado exclusivamente para el control de los envíos de las tres rondas del cuestionario. Sus repuestas serán totalmente anónimas y confidenciales.

« Atrás Continuar »

40% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)



## RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### NOMBRE DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA

En esta segunda ronda, se presentan cuatro propuestas diferentes para el nombre de la etiqueta diagnóstica. La opción "Proceso de pensamiento desorganizado" ha sido retirada tras la primera ronda porque la mayoría de los expertos no la han considerado adecuada.

Cada propuesta para el nombre de la etiqueta se compone del núcleo diagnóstico "PROCESO DE PENSAMIENTO" y de cuatro descriptores (adjetivos) que limitan o especifican el significado del núcleo diagnóstico. Los cuatro han sido seleccionados de la lista de descriptores sugerida por la NANDA-I.

De nuevo se le pide que, por favor, numere las propuestas del 1 al 4 según su orden de preferencia, siendo 1 la propuesta que considera más adecuada y 4 la que menos.

Para precisar y facilitar su comprensión, se incluye la definición dada por la NANDA-I de cada uno de los descriptores. Además se incluyen las respuestas globales del panel de expertos en la primera ronda.

#### Proceso de pensamiento disfuncional

*DISFUNCIONAL: Funcionamiento anormal.*

Respuestas globales del panel de expertos en Ronda 1

Puntuación	1	2	4	5
% de expertos	44,21%	30,53%		

Numere de nuevo esta propuesta según su orden de preferencia: \*

#### Proceso de pensamiento ineficaz

*INEFICAZ: Que no produce el efecto deseado.*

Respuestas globales del panel de expertos en Ronda 1

Puntuación	1	2	4	5
% de expertos	34,74%	52,63%		

Numere de nuevo esta propuesta según su orden de preferencia: \*

#### Deterioro del proceso de pensamiento

*DETERIORADO: Dañada, debilitada.*

Respuestas globales del panel de expertos en Ronda 1

Puntuación	1	2	4	5
% de expertos	40,00%	42,11%		

Numere de nuevo esta propuesta según su orden de preferencia: \*

#### Trastorno del proceso de pensamiento

*TRASTORNADO: Agitado, interrumpido, interferido por algo.*

Respuestas globales del panel de expertos en Ronda 1

Puntuación	1	2	4	5
% de expertos	54,74%	38,95%		

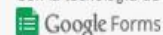
Numere de nuevo esta propuesta según su orden de preferencia: \*

Expresar los comentarios o sugerencias que considere oportuno sobre el nombre de la etiqueta:

« Atrás Continuar »

50% completado

Con la tecnología de



Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

A continuación, se presenta la definición para el diagnóstico de enfermería que ha sido modificada en base a los comentarios del panel de expertos en la primera ronda.

Por favor, puntúe dicha definición de acuerdo a si, en su opinión, describe de forma clara y precisa el fenómeno de salud recogido en la etiqueta diagnóstica. Para ello utilice la siguiente escala:

- 0 Nada clara y precisa
- 1 Poco clara y precisa
- 2 Algo clara y precisa
- 3 Suficientemente clara y precisa
- 4 Bastante clara y precisa
- 5 Muy clara y precisa
- 6 Completamente clara y precisa

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO REVISADA:

**Alteración de la actividad cognitiva en su función ejecutiva, que afecta a las operaciones mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas. \***

0 1 2 3 4 5 6

Nada clara y precisa        Completamente clara y precisa

Expresa los comentarios que considere oportuno sobre la definición del diagnóstico. Por favor, si su puntuación ha sido igual o menor a 2, razone su respuesta.

« Atrás Continuar »

60% completado

Con la tecnología de

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

## RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

A continuación se presentan las características definitorias del diagnóstico. Además, se incluye una definición operativa de cada una de ellas para precisar y facilitar la comprensión de cada una y ofrecer criterios comunes para su valoración.

Por favor, puntúe cada característica definitoria según esta escala:

- 0 Nada indicativa del diagnóstico
- 1 Poco indicativa
- 2 Algo indicativa
- 3 Suficientemente indicativa
- 4 Bastante indicativa
- 5 Muy indicativa
- 6 Completamente indicativa del diagnóstico

Según los resultados de la primera ronda, en algunas de las características definitorias propuestas ya se ha alcanzado el consenso entre el panel de expertos, que es lo que se busca en este estudio.

Las características definitorias con consenso se muestran visibles al final de esta pantalla pero NO se le pide que las puntúe de nuevo.

Se le pide que PUNTÚE DE NUEVO aquellas características definitorias en las que no se ha alcanzado el consenso. En cada una se incluyen las respuestas globales del panel de expertos para que compare su opinión con la del grupo.

### Características definitorias para valorar de nuevo

#### 2. Expresa pensamientos no basados en la realidad

*Definición: Expresa ideas o razonamientos inusuales o inverosímiles o que no están basados en lo que ocurre verdaderamente (ideas delirantes).*

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 2

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,05%	3,16%	17,86%	77,89%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

### 3. Alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción

Definición: Se observa dificultad para la elaboración de conceptos o para extraer ideas generales e identificar las cualidades específicas de realidades concretas, objetos específicos o ejemplos reales.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 3

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	4,21%		36,84%		58,95%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 5. Incapacidad para la planificación de actividades

Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 5

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,05%	4,21%		32,63%		63,16%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 8. Dificultad para el afrontamiento

Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 8

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	3,16%	16,68%		42,11%		41,05%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 9. Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad

Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para desempeñar los roles propios de su edad como la búsqueda y mantenimiento de un empleo, la emancipación, el formar una familia, la participación activa en la sociedad, etc.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 9

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,05%	16,84%		29,47%		52,63%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 10. Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria

Definición: Verbaliza o se observa falta de capacidad o voluntad para llevar a cabo tareas que permiten a la persona mantener su independencia en la comunidad como el mantenimiento del hogar, el uso del teléfono o el transporte, el manejo de la medicación, la administración de dinero, etc.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 10

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,05%	14,74%		30,53%		53,68%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 11. Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria

Definición: Verbaliza o se observa falta de autonomía para actividades relacionadas con el autocuidado y la movilidad como el aseo, el vestido, la alimentación, el uso inodoro, la movilidad y deambulación, etc.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 11

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,05%	17,89%		35,79%		45,26%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

## 12. Capacidad limitada para el control de impulsos

*Definición: En su comportamiento se observa un patrón de reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones.*

*Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 12*

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,05%	13,68%	36,84%	48,42%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

## 14. Suspiciacia

*Definición: A través de su discurso se observa una tendencia excesiva a mostrarse desconfiado o sospechar en situaciones cotidianas.*

*Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 14*

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	2,11%	13,68%	31,58%	52,63%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

## 15. Obsesiones

*Definición: Verbaliza o se observa la presencia de pensamientos o ideas persistentes con los que la mente está continua e involuntariamente preocupada y que pueden llevar a un acto irracional.*

*Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 15*

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	9,47%	30,53%	60,00%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

## 16. Fobias

*Definición: Verbaliza o se observa un miedo excesivo y persistente provocado por un objeto o situación, sin fundamentos sólidos o aceptados como razonables.*

*Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 16*

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	2,11%	7,37%	33,68%	56,84%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

## 17. Dificultad para la comunicación verbal

*Definición: Se observa una disminución o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos, y de la capacidad para expresar los pensamientos de forma clara y coherente.*

*Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 17*

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	10,53%	31,58%	57,89%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

## 18. Capacidad limitada para las relaciones sociales

*Definición: Verbaliza o se observa una cantidad insuficiente, excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.*

*Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 18*

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	11,58%	36,84%	51,58%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 19. Respuesta emocional inapropiada a la situación

Definición: Manifestación de emociones o sentimientos que son incongruentes o inconsistentes con la situación presente.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 19

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	10,53%		29,47%			60,00%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 20. Conductas agresivas

Definición: Se observan conductas en la que la persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para otros.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 20

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	15,79%		32,63%			51,58%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

Por favor, razone su respuesta para aquellos ítems donde su puntuación haya sido igual o menor a 2. Además, exprese los comentarios que considere oportuno sobre las características definitorias propuestas, indicando el número de característica definitoria al que hace referencia.

## Características definitorias con consenso

En las siguientes características definitorias se ha alcanzado el consenso entre el panel de expertos, según los resultados de la primera ronda.

### 1. Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada

Definición: Se observa falta de coherencia y lógica en el flujo de pensamiento a través de su discurso.

### 4. Alteración de la capacidad de juicio

Definición: Verbaliza o se observa disminución de la habilidad para discernir y evaluar entre diferentes opciones y sus consecuencias.

### 6. Incapacidad para la toma de decisiones

Definición: Verbaliza o se observa dificultad para realizar una elección entre opciones, llevar a cabo la elección, y evaluar los efectos de la elección.

### 7. Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas

Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para encontrar soluciones a problemas o cuestiones identificando y analizando los factores, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando una solución elegida.

### 13. No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones

Definición: Verbaliza ideas que indican una interpretación inexacta o inadecuada de los estímulos internos y/o externos.

« Atrás Continuar »

70% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### FACTORES RELACIONADOS

A continuación se presentan los factores relacionados del diagnóstico. Además, se incluye una definición de cada uno de ellos para facilitar su comprensión y establecer criterios comunes.

Por favor, puntúe cada factor relacionado según esta escala:

- 0 Nada relacionado con el diagnóstico
- 1 Poco relacionado
- 2 Algo relacionado
- 3 Suficientemente relacionado
- 4 Bastante relacionado
- 5 Muy relacionado
- 6 Completamente relacionado con el diagnóstico

Según los resultados de la primera ronda, en algunos de los factores relacionados propuestos ya se ha alcanzado el consenso entre el panel de expertos, que es lo que se busca en este estudio.

Los factores relacionados con consenso se muestran visibles al final de esta pantalla pero NO se le pide que los puntúe de nuevo.

Se le pide que PUNTÚE DE NUEVO aquellos factores relacionados en los que no se ha alcanzado el consenso. En cada uno se incluyen las respuestas globales del panel de expertos para que compare su opinión con la del grupo.

### Psicológicos

#### 1. Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)

*Definición: Trastorno de los procesos psicológicos relacionados con la sensación, percepción, atención, concentración, memoria e imaginación.*

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 1

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	7,37%	5,26%		20,00%			67,37%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

#### 2. Desorientación en tiempo, espacio y/o persona

*Definición: Estado de confusión mental caracterizado por una percepción inadecuada o incorrecta de lugar, tiempo o identidad.*

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 2

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	5,26%		6,32%		25,26%		63,16%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

#### 4. Alucinaciones

*Definición: Percepción sensorial que no se origina a partir de un estímulo externo. Pueden ser sensoriales (auditivas, gustativas, olfativas, táctiles o visuales), cenestésicas, cinéticas o motrices, y psíquicas o pseudoalucinaciones.*

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 4

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	7,37%		8,42%		15,79%		68,42%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

#### 5. Ansiedad

*Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.*

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 5

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,05%		10,53%		37,89%		50,53%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 6. Afrontamiento ineficaz

Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 6

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	5,26%	15,79%	30,53%	48,42%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### Fisiopatológicos

#### 3. Confusión aguda

Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 3

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	5,26%	8,42%	21,05%	65,26%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

#### 7. Lesión cerebral (p ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)

Definición: Daño orgánico o funcional del tejido cerebral.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 7

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	4,21%	8,42%	11,58%	75,79%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 8. Trastornos neurodegenerativos (p. ej. Demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.)

Definición: Enfermedades que producen una degeneración crónica y progresiva a nivel neurológico.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 8

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	4,21%	8,42%	8,42%	78,95%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 9. Alteración de los órganos de los sentidos

Definición: Alteración de la función de los órganos implicados en la percepción sensorial (p. ej. ojos, oídos, etc.).

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 9

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	5,26%	14,74%	32,63%	47,37%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 11. Insomnio

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 11

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	10,53%	45,26%	44,21%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 11. Insomnio

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 11

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	10,53%		45,26%		44,21%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 13. Trastornos bioquímicos

Definición: Alteraciones en la función y equilibrio a nivel químico y molecular del organismo (p. ej. alteraciones en el equilibrio electrolítico).

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 13

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	3,16%	12,63%		26,32%		57,89%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

## Situacionales

### 14. Temor/Miedo

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 14

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	2,11%	4,21%		34,74%		58,95%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 15. Duelo

Definición: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 15

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	6,32%	11,58%		40,00%		42,11%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 16. Duelo patológico

Definición: Trastorno que ocurre tras una pérdida significativa significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 16

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	6,32%	3,16%		36,84%		53,68%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 17. Aislamiento social

Definición: Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 17

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	3,16%	10,53%		37,89%		48,52%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado



### 18. Deprivación sensorial

Definición: Ausencia o carencia de estímulos suficientes en el entorno.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 18

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,05%	9,47%	33,68%			55,79%	

\*  
0 1 2 3 4 5 6  
Nada relacionado        Completamente relacionado

### 20. Dolor

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 20

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	5,26%	8,42%	46,32%			40,00%	

\*  
0 1 2 3 4 5 6  
Nada relacionado        Completamente relacionado

### 21. Efectos secundarios del tratamiento

Definición: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente y relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento (p. ej. somnolencia asociada al consumo de fármacos neurolépticos).

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 21

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	5,26%	6,32%	26,32%			62,11%	

\*  
0 1 2 3 4 5 6  
Nada relacionado        Completamente relacionado

### 23. Estrés

Definición: Conjunto de reacciones (biológicas, psicológicas) que se desencadenan en el organismo cuando éste se enfrenta de forma brusca con un agente nocivo, cualquiera que sea su naturaleza.

Factor relacionado incorporado en Ronda 2.

\*  
0 1 2 3 4 5 6  
Nada relacionado        Completamente relacionado

### De maduración

#### 22. Envejecimiento

Definición: Resultado del deterioro en la edad madura y avanzada de numerosas funciones corporales.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 22

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	4,21%	8,42%	25,26%			62,11%	

\*  
0 1 2 3 4 5 6  
Nada relacionado        Completamente relacionado

Por favor, razone su respuesta para aquellos ítems donde su puntuación haya sido igual o menor a 2. Además, exprese los comentarios que considere oportuno sobre los factores relacionados propuestos, indicando el número de factor relacionado al que hace referencia.

### Factores relacionados con consenso

En los siguientes factores relacionados se ha alcanzado el consenso entre el panel de expertos, según los resultados de la primera ronda.

#### 10. Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)

Definición: Enfermedades que producen una alteración en el estado mental con síntomas a nivel cognitivo, conductual y/o emocional.

## Factores relacionados con consenso

En los siguientes factores relacionados se ha alcanzado el consenso entre el panel de expertos, según los resultados de la primera ronda.

### 10. Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)

Definición: Enfermedades que producen una alteración en el estado mental con síntomas a nivel cognitivo, conductual y/o emocional.


### 12. Abuso de sustancias

Definición: Falta de control en el uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol.

### 19. Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)

Definición: Situaciones en que la persona está expuesta a condiciones adversas de gravedad que pueden producir shocks emocionales o traumas psíquicos.

« Atrás Continuar »

  
80% completado

Con la tecnología de  


Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### ESCALA DE POSICIONAMIENTO ANTE EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO (EPADE)

POSITION ON NURSING DIAGNOSIS - SPANISH VERSION (PND-SV)

La EPADE es una escala diseñada para medir las actitudes de los profesionales de enfermería sobre los diagnósticos enfermeros en general.

Por favor, para su cumplimentación siga las siguientes instrucciones.

Valore como se siente respecto al CONCEPTO DIAGNÓSTICO ENFERMERO en el momento presente. Señale el punto que mejor represente su opinión sobre la escala que une cada pareja de adjetivos.

Por favor, responda a todos los ítems.

#### DIAGNÓSTICO ENFERMERO

\*

01

1 2 3 4 5 6 7

Ambiguo        Claro

\*

02

1 2 3 4 5 6 7

Sin significado        Con significado

\*

03

1 2 3 4 5 6 7

Agradable        Desagradable

\*

04

1 2 3 4 5 6 7

Fuerte        Débil

\*  
05  
1 2 3 4 5 6 7  
Valioso        Sin valor

\*  
06  
1 2 3 4 5 6 7  
Negativo        Positivo

\*  
07  
1 2 3 4 5 6 7  
Tonto        Inteligente

\*  
08  
1 2 3 4 5 6 7  
CÓmodo        Incómodo

\*  
09  
1 2 3 4 5 6 7  
Fácil        Difícil

\*  
10  
1 2 3 4 5 6 7  
No realista        Realista

\*  
11  
1 2 3 4 5 6 7  
Facilitador        Obstaculizador

\*  
12  
1 2 3 4 5 6 7  
Sin validez        Válido

\*  
12  
1 2 3 4 5 6 7  
Sin validez        Válido

\*  
13  
1 2 3 4 5 6 7  
Significativo        Insignificante

\*  
14  
1 2 3 4 5 6 7  
Relevante        Irrelevante

\*  
15  
1 2 3 4 5 6 7  
Ingrato        Gratificante

\*  
16  
1 2 3 4 5 6 7  
Conveniente        Inconveniente

\*  
17  
1 2 3 4 5 6 7  
Aceptable        Inaceptable

\*  
18  
1 2 3 4 5 6 7  
Malo        Bueno

\*  
19  
1 2 3 4 5 6 7  
Creativo        Rutinario

\*  
20

1 2 3 4 5 6 7

Sin importancia        Importante

Position on Nursing Diagnosis (PND) ©Margaret Lunney & Mary Anne Krenz;  
PND Spanish Version © José Manuel Romero Sánchez

Se ha obtenido permiso de J.M. Romero Sánchez para la utilización de la EPADE en este estudio

« Atrás Continuar »

90% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Muchas gracias por completar el cuestionario.

El envío de la tercera ronda tendrá lugar a finales de junio, y también dispondrá de 15 días para su contestación. Las cuestiones incluidas en el tercer cuestionario serán similares a las planteadas aquí.

Le agradezco su participación en el estudio, ya que su aportación junto a la del resto de expertos contribuirá a la producción de unos resultados relevantes y significativos en esta investigación.

Quedo a su disposición para cualquier duda o sugerencia.

Un saludo,

Paula Escalada  
Email: [paula.escalada@unavarra.es](mailto:paula.escalada@unavarra.es)

**\*\*RECUERDE PULSAR EL BOTÓN "ENVIAR" PARA REGISTRAR SUS RESPUESTAS CORRECTAMENTE**

  
Universidad  
Pública de Navarra  
Nafarroako  
Unibertsitate Publikoa

« Atrás Enviar »

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

100%: has terminado.

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## CUESTIONARIO RONDA 3

### RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Estudio de investigación coordinado desde el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.



Continuar »

11% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

### RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

#### INSTRUCCIONES

- Esta es la tercera y última ronda del cuestionario.
- En esta ronda se le pedirá que vuelva a valorar aquellos elementos del diagnóstico en los que todavía no se ha alcanzado el consenso entre el panel de expertos.
- Recuerde que sus respuestas no serán registradas hasta que pulse el botón "enviar" en la última pantalla. Si cierra su navegador antes de enviar las respuestas, éstas no serán guardadas y será necesario completar el cuestionario de nuevo.
- Como sabe, dispone de 2 semanas para cumplimentar este cuestionario. La fecha límite de envío es el 11 DE JULIO.

« Atrás Continuar »

22% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

### RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

#### IDENTIFICADOR

Por favor, anote el identificador que le fue enviado por correo electrónico. El identificador será usado exclusivamente para el control de los envíos de las tres rondas del cuestionario. Sus repuestas serán totalmente anónimas y confidenciales.

\*

« Atrás Continuar »

33% completado

Con la tecnología de  
Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

### RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

#### NOMBRE DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA

En esta tercera ronda, se presentan las dos propuestas para el nombre de la etiqueta que han sido consideradas las más adecuadas por la mayoría de expertos del panel en la segunda ronda.

Por favor, entre las dos opciones elija el nombre de la etiqueta que considere más adecuado para el diagnóstico de enfermería propuesto. \*

Expresar los comentarios o sugerencias que considere oportuno sobre el nombre de la etiqueta:

« Atrás Continuar »

44% completado

Con la tecnología de  
Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

A continuación, se presenta la definición para el diagnóstico de enfermería que ha sido modificada de nuevo en base a los comentarios del panel de expertos en la segunda ronda.

Por favor, puntúe dicha definición de acuerdo a si, en su opinión, describe de forma clara y precisa el fenómeno de salud recogido en la etiqueta diagnóstica. Para ello utilice la siguiente escala:

- 0 Nada clara y precisa
- 1 Poco clara y precisa
- 2 Algo clara y precisa
- 3 Suficientemente clara y precisa
- 4 Bastante clara y precisa
- 5 Muy clara y precisa
- 6 Completamente clara y precisa

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO REVISADA:

**Alteración de la función cognitiva, que afecta a las operaciones mentales implicadas en la elaboración de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.\***

0 1 2 3 4 5 6

Nada clara y precisa        Completamente clara y precisa

Expresar los comentarios que considere oportuno sobre la definición del diagnóstico.

[« Atrás »](#) [Continuar »](#)

55% completado

Con la tecnología de  
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

A continuación se presentan las características definitorias del diagnóstico. Además, se incluye una definición operativa de cada una de ellas para precisar y facilitar la comprensión de cada una y ofrecer criterios comunes para su valoración.

Por favor, puntúe cada característica definitoria según esta escala:

- 0 Nada indicativa del diagnóstico
- 1 Poco indicativa
- 2 Algo indicativa
- 3 Suficientemente indicativa
- 4 Bastante indicativa
- 5 Muy indicativa
- 6 Completamente indicativa del diagnóstico

Según los resultados de las rondas previas, en algunas de las características definitorias propuestas ya se ha alcanzado el consenso entre el panel de expertos, que es lo que se busca en este estudio.

Las características definitorias con consenso se muestran visibles al final de esta pantalla pero NO se le pide que las puntúe de nuevo.

Se le pide que PUNTÚE DE NUEVO aquellas características definitorias en las que no se ha alcanzado el consenso. En cada una se incluyen las respuestas globales del panel de expertos para que compare su opinión con la del grupo.

### Características definitorias para valorar de nuevo

#### 3. Alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción

*Definición: Se observa dificultad para la elaboración de conceptos o para extraer ideas generales e identificar las cualidades específicas de realidades concretas, objetos específicos o ejemplos reales.*

**Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 3**

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	2,20%		29,67%		68,13%	

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 8. Dificultad para el afrontamiento

Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 8

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,10%	8,79%	43,96%				46,15%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 9. Capacidad limitada para desempeñar roles sociales adecuados a su edad

Definición: Verbaliza o se observa capacidad disminuida o no adquirida para desempeñar los roles propios de su edad como la búsqueda y mantenimiento de un empleo, la emancipación, el formar una familia, la participación activa en la sociedad, etc.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 9

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,10%	4,40%	31,87%				62,64%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 11. Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria

Definición: Verbaliza o se observa falta de autonomía para actividades relacionadas con el autocuidado y la movilidad como el aseo, el vestido, la alimentación, el uso inodoro, la movilidad y deambulación, etc.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 11

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0%	10,99%	35,16%				53,85%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 14. Suspicia

Definición: A través de su discurso o conducta se observa una tendencia excesiva a mostrarse desconfiado o sospechar en situaciones cotidianas.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 14

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,10%	7,69%	28,57%				62,64%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 18. Capacidad limitada para las relaciones sociales

Definición: Verbaliza o se observa una cantidad insuficiente, excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 18

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	5,49%	34,07%				60,44%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

### 20. Conductas agresivas

Definición: Se observan conductas en la que la persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para otros.

Respuestas globales del panel de expertos para la característica definitoria 20

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,10%	7,69%	36,26%				54,95%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada indicativa        Completamente indicativa

Por favor, exprese los comentarios que considere oportuno sobre las características definitorias propuestas, indicando el número de característica definitoria al que hace referencia.



## Características definitorias con consenso

En las siguientes características definitorias se ha alcanzado el consenso entre el panel de expertos, según los resultados de la primera ronda.

### 1. Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada

Definición: Se observa falta de coherencia y lógica en el flujo de pensamiento a través de su discurso.

### 4. Alteración de la capacidad de juicio

Definición: Verbaliza o se observa disminución de la habilidad para discernir y evaluar entre diferentes opciones y sus consecuencias.

### 6. Incapacidad para la toma de decisiones

Definición: Verbaliza o se observa dificultad para realizar una elección entre opciones, llevar a cabo la elección, y evaluar los efectos de la elección.

### 7. Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas

Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para encontrar soluciones a problemas o cuestiones identificando y analizando los factores, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando una solución elegida.

### 13. No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones

Definición: Verbaliza ideas que indican una interpretación inexacta o inadecuada de los estímulos internos y/o externos.

« Atrás Continuar »

70% completado

Con la tecnología de  


Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

## RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

### FACTORES RELACIONADOS

A continuación se presentan los factores relacionados del diagnóstico. Además, se incluye una definición de cada uno de ellos para facilitar su comprensión y establecer criterios comunes.

Por favor, puntúe cada factor relacionado según esta escala:

- 0 Nada relacionado con el diagnóstico
- 1 Poco relacionado
- 2 Algo relacionado
- 3 Suficientemente relacionado
- 4 Bastante relacionado
- 5 Muy relacionado
- 6 Completamente relacionado con el diagnóstico

Según los resultados de las rondas previas, en algunos de los factores relacionados propuestos ya se ha alcanzado el consenso entre el panel de expertos, que es lo que se busca en este estudio.

Los factores relacionados con consenso se muestran visibles al final de esta pantalla pero NO se le pide que los puntúe de nuevo.

Se le pide que PUNTÚE DE NUEVO aquellos factores relacionados en los que no se ha alcanzado el consenso. En cada uno se incluyen las respuestas globales del panel de expertos para que compare su opinión con la del grupo.

### Psicológicos

#### 6. Afrontamiento ineficaz

Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 6

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	2,20%	7,69%		38,46%		51,65%	

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

## Fisiopatológicos

### 9. Alteración de los órganos de los sentidos

Definición: Alteración de la función de los órganos implicados en la percepción sensorial (p. ej. ojos, oídos, etc.).

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 9

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,10%	13,19%		39,56%			46,15%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 11. Insomnio

Definición: Trastorno de la cantidad y/o calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 11

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	6,59%		52,75%			40,66%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 13. Trastornos bioquímicos

Definición: Alteraciones en la función y equilibrio a nivel químico y molecular del organismo (p. ej. alteraciones en el equilibrio electrolítico).

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 13

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	3,30%	10,99%		26,37%			59,34%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

## Situacionales

### 14. Temor/Miedo

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 14

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	4,40%		36,26%			59,34%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 15. Duelo

Definición: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 15

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	3,30%	6,59%		52,75%			37,36%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 16. Duelo patológico

Definición: Trastorno que ocurre tras una pérdida significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 16

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	4,40%		36,26%			59,34%

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 17. Aislamiento social

Definición: Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 17

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	3,30%	6,59%	52,75%	37,36%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 18. Deprivación sensorial

Definición: Ausencia o carencia de estímulos suficientes en el entorno.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 18

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	7,69%	37,36%	54,95%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 20. Dolor

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 20

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	1,10%	2,20%	46,15%	50,55%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### 23. Estrés

Definición: Conjunto de reacciones físicas, psicológicas y/o espirituales que se desencadenan en el organismo cuando éste se enfrenta de forma brusca o continuada con un agente nocivo, cualquiera que sea su naturaleza.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 23

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	0	8,79%	38,46%	52,75%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

### De maduración

#### 22. Envejecimiento

Definición: Modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre las personas.

Respuestas globales del panel de expertos para el factor relacionado 22

Puntuación	0	1	2	3	4	5	6
% de expertos	4,40%	7,69%	28,57%	59,34%			

\*

0 1 2 3 4 5 6

Nada relacionado        Completamente relacionado

Por favor, exprese los comentarios que considere oportuno sobre los factores relacionados propuestos, indicando el número de factor relacionado al que hace referencia.

### Factores relacionados con consenso

En los siguientes factores relacionados se ha alcanzado el consenso entre el panel de expertos, según los resultados de las rondas previas.

#### FACTORES RELACIONADOS CON CONSENSO EN RONDA 1

##### 10. Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)

Definición: Enfermedades que producen una alteración en el estado mental con síntomas a nivel cognitivo, conductual y/o emocional.

##### 12. Abuso de sustancias

Definición: Falta de control en el uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol.

##### 19. Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)

Definición: Situaciones en que la persona está expuesta a condiciones adversas de gravedad que pueden producir shocks emocionales o traumas psíquicos.

#### FACTORES RELACIONADOS CON CONSENSO EN RONDA 2

##### 1. Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)

Definición: Trastorno de los procesos psicológicos relacionados con la sensación, percepción, atención, concentración, memoria e imaginación.

##### 2. Desorientación en tiempo, espacio y/o persona

Definición: Estado de confusión mental caracterizado por una percepción inadecuada o incorrecta de lugar, tiempo o identidad.

##### 3. Confusión aguda

Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

##### 4. Alucinaciones

Definición: Percepción sensorial que no se origina a partir de un estímulo externo. Pueden ser sensoriales (auditivas, gustativas, olfativas, táctiles o visuales), cenestésicas, cinéticas o motrices, y psíquicas o pseudoalucinaciones.

##### 5. Ansiedad

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

##### 7. Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)

Definición: Daño orgánico y/o funcional del tejido cerebral.

##### 8. Trastornos neurodegenerativos (p. ej. Demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.)

Definición: Enfermedades que producen una degeneración crónica y progresiva a nivel neurológico.

##### 21. Efectos secundarios del tratamiento

Definición: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente y relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento (p. ej. somnolencia asociada al consumo de fármacos neurolépticos).

« Atrás Continuar »

77% completado

## RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

\*Obligatorio

¿Considera que disponer de este diagnóstico de enfermería en la taxonomía NANDA-I puede ser de utilidad en la práctica clínica? \*

Por favor, argumente su respuesta.

« Atrás Continuar »

88% completado

Con la tecnología de  
Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

### RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Muchas gracias por completar el último cuestionario.

Le agradezco su participación durante todo el proyecto.

Como sabe, cuando finalice el estudio, se le informará sobre los resultados obtenidos.

Quedo a su disposición para cualquier duda o sugerencia.

Un saludo,

Paula Escalada

Email: [paula.escalada@unavarra.es](mailto:paula.escalada@unavarra.es)

**\*\*RECUERDE PULSAR EL BOTÓN "ENVIAR" PARA REGISTRAR SUS RESPUESTAS CORRECTAMENTE**



[« Atrás](#) | [Enviar](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

100%: **has terminado.**

Con la tecnología de Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.  
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

---

## **ANEXO 7**

### **Correos electrónicos de acceso al cuestionario**

---

## RONDA 1

### CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Estimada/o -----,

En primer lugar, agradecerte de nuevo tu colaboración como experto en el estudio, tu aportación es muy importante.

Ahora es el momento de responder al primer cuestionario. Para acceder a él, por favor pincha sobre el link que encontrarás al final de este email.

**\*\*IMPORTANTE:**

Con el fin de gestionar los envíos del cuestionario, en una de las pantallas se solicita un IDENTIFICADOR, por favor escribe el que se especifica a continuación:

IDENTIFICADOR: ID---

Las respuestas al cuestionario serán anónimas y confidenciales. El identificador será usado exclusivamente para la gestión de envíos y recordatorios sobre el cuestionario.

En el cuestionario encontrarás todas las instrucciones para su cumplimentación.

Dispones de 2 semanas para completar el cuestionario. La fecha límite para su envío es el 3 DE JUNIO de 2014.

Ante cualquier duda o pregunta puedes contactar conmigo a través del email:

[paula.escalada@unavarra.es](mailto:paula.escalada@unavarra.es)  
[dxe.pensamiento@gmail.com](mailto:dxe.pensamiento@gmail.com)

Un afectuoso saludo,

Paula Escalada

Estudio de investigación coordinado desde el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

Te he invitado a rellenar el formulario **CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO**. Para rellenarlo, visita:  
[https://docs.google.com/forms/d/1ZvAtboGc6JWTga7DWZIB8IKLwR0uCJ1ZE07v2x6Ovlo/viewform?c=0&w=1&usp=mail\\_form\\_link](https://docs.google.com/forms/d/1ZvAtboGc6JWTga7DWZIB8IKLwR0uCJ1ZE07v2x6Ovlo/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link)

## RONDA 2

### RONDA2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Estimada/o -----,

En primer lugar, agradecerte de nuevo tu colaboración como experta en el estudio, tu aportación es muy importante.

Ahora es el momento de responder a la SEGUNDA RONDA DEL CUESTIONARIO. Para acceder a él, por favor pincha sobre el link que encontrarás al final de este email.

**\*\*IMPORTANTE:**

Con el fin de gestionar los envíos del cuestionario, en una de las pantallas se solicita un IDENTIFICADOR, por favor escribe el que se especifica a continuación:

IDENTIFICADOR: ID ----

Las respuestas al cuestionario serán anónimas y confidenciales. El identificador será usado exclusivamente para la gestión de envíos y recordatorios sobre el cuestionario.

En el cuestionario encontrarás todas las instrucciones para su cumplimentación.

Dispones de 2 semanas para completar el cuestionario. La fecha límite para su envío es el 23 DE JUNIO de 2014.

Ante cualquier duda o pregunta puedes contactar conmigo a través del email:

[paula.escalada@unavarra.es](mailto:paula.escalada@unavarra.es)  
[dxe.pensamiento@gmail.com](mailto:dxe.pensamiento@gmail.com)

Un afectuoso saludo,

Paula Escalada

Estudio de investigación coordinado desde el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

Te he invitado a rellenar el formulario **RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO**. Para rellenarlo, visita:

[https://docs.google.com/forms/d/1RnrR5scX3GVdFeCUgne8zQKr6VUgzRr0d3RHiEAK-FY/viewform?c=0&w=1&usp=mail\\_form\\_link](https://docs.google.com/forms/d/1RnrR5scX3GVdFeCUgne8zQKr6VUgzRr0d3RHiEAK-FY/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link)



### RONDA 3

#### RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Estimada/o -----,

Te escribo de nuevo para recordarte que dispones hasta el 11 DE JULIO de 2014 inclusive para contestar a la segunda ronda del cuestionario.

Por si te sirve de ayuda, incluyo de nuevo el link para acceder al cuestionario al final de este email.

**\*\*IMPORTANTE:**

Con el fin de gestionar los envíos del cuestionario, en una de las pantallas se solicita un IDENTIFICADOR, por favor escribe el que se especifica a continuación:

IDENTIFICADOR: ID---

Las respuestas al cuestionario serán anónimas y confidenciales. El identificador será usado exclusivamente para la gestión de envíos y recordatorios sobre el cuestionario.

En el cuestionario encontrarás todas las instrucciones para su cumplimentación.

Agradecerte de nuevo tu colaboración como experto en el estudio, tu aportación es muy importante.

Ante cualquier duda o pregunta puedes contactar conmigo a través del email:

[paula.escalada@unavarra.es](mailto:paula.escalada@unavarra.es)  
[dxe.pensamiento@gmail.com](mailto:dxe.pensamiento@gmail.com)

Un afectuoso saludo,

Paula Escalada

Estudio de investigación coordinado desde el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

Te he invitado a rellenar el formulario **RONDA 3- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO**. Para rellenarlo, visita:

[https://docs.google.com/forms/d/1lgD6T0g7qegFwy3MaFKBwn-UZrZWNWakVgfiX4Rxatc/viewform?c=0&w=1&usp=mail\\_form\\_link](https://docs.google.com/forms/d/1lgD6T0g7qegFwy3MaFKBwn-UZrZWNWakVgfiX4Rxatc/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link)

---

## **ANEXO 8**

### **Correos electrónicos de recordatorio**

---

## RECORDATORIO 1

### RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Estimada/o -----,

Te escribo de nuevo para recordarte que dispones de una semana (hasta el 23 DE JUNIO de 2014 inclusive) para contestar a la segunda ronda del cuestionario.

Por si te sirve de ayuda, incluyo de nuevo el link para acceder al cuestionario al final de este email.

**\*\*IMPORTANTE:**

Con el fin de gestionar los envíos del cuestionario, en una de las pantallas se solicita un IDENTIFICADOR, por favor escribe el que se especifica a continuación:

IDENTIFICADOR: ID----

Las respuestas al cuestionario serán anónimas y confidenciales. El identificador será usado exclusivamente para la gestión de envíos y recordatorios sobre el cuestionario.

En el cuestionario encontrarás todas las instrucciones para su cumplimentación.

Agradecerte de nuevo tu colaboración como experto en el estudio, tu aportación es muy importante.

Ante cualquier duda o pregunta puedes contactar conmigo a través del email:

[paula.escalada@unavarra.es](mailto:paula.escalada@unavarra.es)  
[dxe.pensamiento@gmail.com](mailto:dxe.pensamiento@gmail.com)

Un afectuoso saludo,

Paula Escalada

Estudio de investigación coordinado desde el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

Te he invitado a rellenar el formulario **RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO**. Para rellenarlo, visita:

[https://docs.google.com/forms/d/1RnrR5scX3GVdFeCUgne8zQKr6VUgzRr0d3RHiEAK-FY/viewform?c=0&w=1&usp=mail\\_form\\_link](https://docs.google.com/forms/d/1RnrR5scX3GVdFeCUgne8zQKr6VUgzRr0d3RHiEAK-FY/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link)

## RECORDATORIO 2

### CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO

Estimado/a experto/a,

Le animamos a que conteste al segundo cuestionario para la validación del diagnóstico de enfermería centrado en el proceso de pensamiento. Ya sólo queda un pequeño porcentaje de expertos en el panel por responder.

Le recordamos que HOY ES EL ULTIMO DÍA para contestar cuestionario.

Por si le sirve de ayuda, se incluye de nuevo el link para acceder al cuestionario al final de este email.

**\*\*IMPORTANTE:** Con el fin de gestionar los envíos del cuestionario, recuerde que en una de las pantallas se solicita un IDENTIFICADOR que le ha sido enviado en anteriores emails.

En el cuestionario encontrará todas las instrucciones para su cumplimentación.

Agradecerle de nuevo su colaboración como experto en el estudio, su aportación es muy importante para los resultados del estudio.

Ante cualquier duda o pregunta puede contactar conmigo a través del email:

[paula.escalada@unavarra.es](mailto:paula.escalada@unavarra.es)  
[dxe.pensamiento@gmail.com](mailto:dxe.pensamiento@gmail.com)

Un afectuoso saludo,

Paula Escalada

Estudio de investigación coordinado desde el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

Te he invitado a rellenar el formulario **RONDA 2- CUESTIONARIO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CENTRADO EN EL PENSAMIENTO**. Para rellenarlo, visita:

[https://docs.google.com/forms/d/1RnrR5scX3GVdFeCUgne8zQKr6VUgzRr0d3RHiEAK-FY/viewform?c=0&w=1&usp=mail\\_form\\_link](https://docs.google.com/forms/d/1RnrR5scX3GVdFeCUgne8zQKr6VUgzRr0d3RHiEAK-FY/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link)

---

## **ANEXO 9**

### **Valoración del Comité de Ética- Fase Delphi**

---

**COMITÉ DE ÉTICA, EXPERIMENTACIÓN ANIMAL Y  
BIOSEGURIDAD**

**AUTORIZACIÓN DE PROYECTO CON IMPLICACIONES ÉTICAS O DE  
BIOSEGURIDAD**

La Comisión evaluadora de los aspectos bioéticos implicados en los proyectos de investigación, del Comité de Ética, Experimentación animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra, en su reunión del día 27 de junio de 2013, ha considerado las circunstancias que concurren en el Proyecto de Investigación: PI-004/13 “Validación de contenido del diagnóstico de enfermería ‘trastorno de los procesos de pensamiento’” que tiene como Investigadora Principal a Dña. Blanca Marín Fernández.

A la vista de la documentación presentada por la Comisión evaluadora, la cual ha considerado **informar favorablemente** el proyecto de investigación, ya que cumple los requisitos éticos requeridos para su ejecución.

El Comité de Ética, Experimentación animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra, conforme al Apartado 4.2 del Reglamento de funcionamiento del citado Comité, **autoriza la tramitación administrativa** del proyecto de investigación denominado “Validación de contenido del diagnóstico de enfermería ‘trastorno de los procesos de pensamiento’”, con código PI-004/13 y presentado por Dña. Blanca Marín Fernández, en cuanto a sus implicaciones éticas o de Bioseguridad.

Pamplona, 1 de julio de 2013

Fdo: Alfonso Carlosena García  
Presidente



Fdo: Santiago Alvarez Folgueras  
Secretario

---

## **ANEXO 10**

### **Artículos revisados en el análisis conceptual**

---

## Listado completo de las referencias revisadas en el análisis conceptual

Categoría	Nº de artículos
PP r/c el diagnóstico de enfermería VR-TPP	19 artículos
PP r/c pensamiento crítico y juicio clínico	74 artículos
PP r/c afrontamiento y toma de decisiones ante la enfermedad	16 artículos
PP r/c trastornos mentales	13 artículos

PP: procesos de pensamiento

r/c : relacionado con

### PP r/c el diagnóstico de enfermería VR-TPP

1. Abderhalden, C., I. Needham, et al. (2007). "Nursing diagnoses in acute psychiatric wards in Switzerland and Austria: commonalities and differences [German]." Pflege **20**(3): 149-156.
2. Chung, M., I. Chiang, et al. "Inter-rater and intra-rater reliability of nursing process records for patients with schizophrenia." Journal of Clinical Nursing **19**(21/22): 3023-3030.
3. Correa, C. G. and D. d. Cruz (2000). "Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients." Nursing Diagnosis **11**(1): 5-14.
4. Daly, J. M., M. Maas, et al. (1995). "Use of standardized nursing diagnoses and interventions in long-term care." Journal of Gerontological Nursing **21**(8): 29-36.
5. Escalada Hernández, P., P. Muñoz Hermoso, et al. "Nursing care for psychiatric patients defined by NANDA-NIC-NOC terminology: a literature review [Spanish]." Revista Rol de Enfermería **36**(3): 14.
6. Flaskerud, J. H. (1987). AIDS: Neuropsychiatric complications, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services
7. Grzankowski, J. A. (1997). "Altered thought processes related to traumatic brain injury and their nursing implications." Rehabilitation Nursing **22**(1): 24.
8. Hall, G. R. (1988). "Focus: nursing diagnosis. Alterations in thought process." Journal of gerontological nursing **14**(3): 30-37
9. Hancock, C. K., B. Munjas, et al. (1994). "Altered thought processes and sensory/perceptual alterations: a critique." Nursing Diagnosis **5**(1): 26-30.
10. Hill, M. and J. Kirby (1998). "A Web-based model for diabetes education and decision support for the home care nurse." Journal of the American Medical Informatics Association: 1014-1014.
11. Kang, R., K. Barnard, et al. (1994). "Description of the clinical practice of advanced practice nurses in family-centered early intervention in two rural settings." Public Health Nursing **11**(6): 376-384.
12. Magee, R., E. C. Hyatt, et al. (1993). "Institutional policy: use of restraints in extended care and nursing homes." Journal of Gerontological Nursing **19**(4): 31-39.
13. Park, M., C. Delaney, et al. (2004). "Using a nursing minimum data set with older patients with dementia in an acute care setting." Journal of Advanced Nursing **47**(3): 329-339
14. Rew, L. and P. Shirejian (1993). "Sexually abused adolescent: conceptualization of sexual trauma and nursing interventions." Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services **31**(12): 29
15. Roberts, B. L., E. A. Madigan, et al. (1996). "The congruence of nursing diagnoses and supporting clinical evidence." Nursing Diagnosis **7**(3): 108-115.



16. Scroggins, L. and M. Harris (2003). "Evaluating Nursing Diagnoses." International Journal of Nursing Terminologies and Classifications **14**: 8-8
17. Smith, A. R. (1991). "Examination of nursing diagnoses for adults hospitalized with acquired immunodeficiency syndrome, 1982-1990." Nursing Diagnosis **2**(3): 111-118.
18. Travis, S. S. and S. R. Moore (1991). "Nursing and medical care of primary dementia patients in a community hospital setting." Applied Nursing Research **4**(1): 14-18.
19. Zauszniewski, J. A. (1995). "Severity of depression, cognitions, and functioning among depressed inpatients with and without coexisting substance abuse." Journal of the American Psychiatric Nurses Association **1**(2): 55-60.

### PP r/c pensamiento crítico y juicio clínico

1. Andrea Sullivan, E. "Critical thinking in clinical nurse education: Application of Paul's model of critical thinking." Nurse Education in Practice **12**(6): 322-327.
2. Beckstead, J. W. (2005). "Reporting peer wrongdoing in the healthcare profession: the role of incompetence and substance abuse information." International Journal of Nursing Studies **42**(3): 325-331.
3. Bennett, D. S. and L. Dune (2002). "Everyday thoughts: harnessing the thought process toward a practical framework for increasing critical thinking and reducing error." Critical Care Nursing Clinics of North America **14**(4): 385-390.
4. Boese, T., M. Cato, et al. "Standards of Best Practice: Simulation Standard V: Facilitator." Clinical Simulation in Nursing **9**(6 SUPPL): S22-S25.
5. Briggs, C. L. "What were they thinking? Nursing students' thought processes underlying pain management decisions." Nursing Education Perspectives **31**(2): 84-88.
6. Brookfield, S. (1993). "On impostorship, cultural suicide, and other dangers: how nurses learn critical thinking." Journal of Continuing Education in Nursing **24**(5): 197-205.
7. Bryson, C. (2003). "An examination of critical thinking in a self-care dialysis unit." CANNT journal = Journal ACITN **13**(1): 34-36.
8. Campbell, E. T. (2008). "Gaining Insight into Student Nurses' Clinical Decision-making Process." Aquichan **8**(1): 19-32.
9. Cary, J. and S. Kurtz "Integrating clinical communication with clinical reasoning and the broader medical curriculum." Patient Education & Counseling **92**(3): 361-365.
10. Case, K., K. Harrison, et al. (2000). "Differences in the clinical reasoning process of expert and novice cardiorespiratory physiotherapists." Physiotherapy **86**(1): 14-
11. Centrella-Nigro, A. M. and D. Flynn "Teaching Evidence-Based Practice Using a Mock Trial." Journal of Continuing Education in Nursing **43**(12): 566-570.
12. Chabeli, M. and M. Muller (2004). "Nurse educators' perceptions on facilitating reflective thinking in clinical nursing education." Health SA Gesondheid **9**(1): 57-78.
13. Chenoweth, L. (1998). "Facilitating the process of critical thinking for nursing." Nurse Education Today **18**(4): 281-292.
14. Di Vito-Thomas, P. (2005). "Nursing student stories on learning how to think like a nurse." Nurse Educator **30**(3): 133-136.
15. Duff, B. "A theoretically informed education program designed specifically for acute surgical nurses." Nurse Education Today **32**(8): e73-8.
16. Durning, S., A. R. Artino, et al. "Context and clinical reasoning: understanding the perspective of the expert's voice." Medical Education **45**(9): 927-938.
17. Eisenhauer, L. A., A. C. Hurley, et al. (2007). "Nurses' Reported Thinking During Medication Administration." Journal of Nursing Scholarship **39**(1): 82-87.
18. Falan, S. L. and B. T. Han "Did we interpret the same thing?" International Journal of Nursing Knowledge **24**(1): 2-14.
19. Forneris, S. G. (2004). "Exploring the attributes of critical thinking: a conceptual basis." International Journal of Nursing Education Scholarship **1**(1): 20p.

20. Fowler, L. P. (1997). "Clinical reasoning strategies used during care planning." Clinical Nursing Research **6**(4): 349-361
21. Gerdtz, M. F. and T. K. Bucknall (1999). "Why we do the things we do: applying clinical decision-making frameworks to triage practice." Accident & Emergency Nursing **7**(1): 50-57.
22. Grundstein-Amado, R. (1993). "Ethical decision-making processes used by health care providers." Journal of advanced nursing **18**(11): 1701-1709
23. Han, K. J., H. S. Kim, et al. (2007). "Thinking in clinical nursing practice: A study of critical care nurses' thinking applying the think-aloud, protocol analysis method." Asian Nursing Research **1**(1): 68-82.
24. Hay, J., E. Shuk, et al. (2005). "Thinking through cancer risk: characterizing smokers' process of risk determination." Qualitative Health Research **15**(8): 1074-1085.
25. Higuchi, K. A. S. and J. G. Donald (2002). "Thinking processes used by nurses in clinical decision making." Journal of Nursing Education **41**(4): 145-153.
26. House, B. M., M. B. Chassie, et al. (1990). "Questioning: an essential ingredient in effective teaching." Journal of Continuing Education in Nursing **21**(5): 196-201.
27. Huckabay, L. M. (2009). "Clinical reasoned judgment and the nursing process." Nursing Forum **44**(2): 72-78.
28. Jacavone, J. and M. Dostal (1992). "A descriptive study of nursing judgment in the assessment and management of cardiac pain." ANS. Advances in nursing science **15**(1): 54-63
29. Jones, S. A. and L. N. Brown (1991). "Critical thinking: impact on nursing education." Journal of Advanced Nursing **16**(5): 529-533.
30. Klunklin, A., P. Subpaiboongid, et al. "Thai nursing students' adaption to problem-based learning: A qualitative study." Nurse Education in Practice **11**(6): 370-374.
31. Kuiper, R. "Metacognitive factors that impact student nurse use of point of care technology in clinical settings." International Journal of Nursing Education Scholarship **7**(1).
32. Laschinger, H. S., G. Johnson, et al. (1990). "Building undergraduate nursing students' knowledge of the research process in nursing." The Journal Of Nursing Education **29**(3): 114-117.
33. Lechasseur, K., G. Lazure, et al. "Knowledge mobilized by a critical thinking process deployed by nursing students in practical care situations: a qualitative study." Journal of Advanced Nursing **67**(9): 1930-1940.
34. Levett-Jones, T., J. Lathlean, et al. (2009). "Staff-student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning." Journal of Advanced Nursing **65**(2): 316-324.
35. Lunney, M. "Use of critical thinking in the diagnostic process." International Journal of Nursing Terminologies and Classifications **21**(2): 82-88.
36. Lunney, M. (2003). "Critical Thinking and Accuracy of Nurses' Diagnoses." International Journal of Nursing Terminologies and Classifications **14**(3): 96-107.
37. Mantzoukas, S. and M. A. Jasper (2004). "Reflective practice and daily ward reality: a covert power game." Journal of Clinical Nursing **13**(8): 925-933.
38. Martin, C. (2002). "The theory of critical thinking of nursing." Nursing and Health Care Perspectives **23**(5): 243-247.
39. Mettainen, S. and K. Vahamaa (2008). Web-Based Discussion as a Supervision Method in Nursing Students' Clinical Training. 7th European Conference on E-Learning, Vol 2: 161-168.
40. Mettiäinen, S and Vähämaa, V "Does reflective web-based discussion strengthen nursing students' learning experiences during clinical training?" Nurse Education in Practice **13**(5): 344-349.

41. Mikami, S., M. Inoue, et al. (2006). "Structural visualization of expert nursing: Expert nursing care for extravasation of anticancer agent." Studies In Health Technology And Informatics **122**: 932-932
42. Morey, D. J. "Development and Evaluation of Web-Based Animated Pedagogical Agents for Facilitating Critical Thinking in Nursing." Nursing Education Perspectives **33**(2): 116-120.
43. Müller-Staub, M. (2006). "[Clinical decision making and critical thinking in the nursing diagnostic process]." Pflege **19**(5): 275-279.
44. Mundy, K. and S. A. Denham (2008). "Nurse educators -- still challenged by critical thinking." Teaching & Learning in Nursing **3**(3): 94-99.
45. Nolan, S. and J. Murphy (2006). "The tried, true, and new: a traditional approach to critical care education with a new twist." Critical Care Nursing Quarterly **29**(3): 199-206.
46. Oka, M., C. Kamiya, et al. (2006). "Structural visualization of expert nursing: Hemodialysis patient education program "behavior modification program for hemodialysis patients". " Studies In Health Technology And Informatics **122**: 933-934
47. Palfreyman, S. (2008). Review of Nurses' clinical decision making, Journal of Clinical Nursing
48. Papageorgiou, D. E., I. Mpolioudaki, et al. "Investigation of factors that influence the development of emotional intelligence in nurses." Nosileftiki **50**(2): 185-193
49. Paparello, J. Z., C. Beyers, et al. "Reflection on care in recurrent sexually transmitted co-infections." British journal of nursing (Mark Allen Publishing) **21**(18): 1078-1083.
50. Polge, J. (1995). "Critical thinking: the use of intuition in making clinical nursing judgements." Journal of the New York State Nurses Association **26**(2): 4-9.
51. Porter-O'Grady, T., G. Igein, et al. (2005). "Critical thinking for nursing leadership." Nurse Leader **3**(4): 28-31
52. Price, B. "Skill analysis part 3: improving a practice skill." Nursing Standard **26**(19): 49-54.
53. Ryan-Wenger, N. A. and J. E. M. Lee (1997). "The clinical reasoning case study: a powerful teaching tool... two sample case studies are provided: "A child with a heart murmur" and "An infant with diaper rash". " Nurse Practitioner **22**(5): 66-66-7, 70, 76-9 passim.
54. Scott, R. A., K. S. Oman, et al. "Reducing Indwelling Urinary Catheter Use in the Emergency Department: A Successful Quality-Improvement Initiative." Journal of Emergency Nursing
55. Standing, M. (2008). "Clinical judgement and decision-making in nursing - nine modes of practice in a revised cognitive continuum." Journal of Advanced Nursing **62**(1): 124-134.
56. Stedile, N. L. R. and M. R. Friendlander (2003). "Metacognition and nursing teaching: a possible combination? [Portuguese]." Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) **11**(6): 792-799.
57. Su, W. M. (2007). "Writing context-dependent item sets that reflect critical thinking learning outcomes." Nurse Educator **32**(1): 11-15.
58. Su, W. M., P. J. Osisek, et al. (2005). "Using the Revised Bloom's Taxonomy in the clinical laboratory: thinking skills involved in diagnostic reasoning." Nurse Educator **30**(3): 117-122.
59. Sullivan, E. A. "Critical thinking in clinical nurse education: Application of Paul's model of critical thinking." Nurse Education in Practice **12**(6): 322-327.
60. Szaflarski, N. L. (1997). "Diagnostic reasoning in acute and critical care." AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care **8**(3): 291-302.
61. Taylor, B. (2002). "Technical reflection for improving nursing and midwifery procedures using critical thinking in evidence based practice." Contemporary Nurse **13**(2-3): 281-287.
62. Taylor, C. (2000). "Clinical problem-solving in nursing: Insights from the literature." Journal of Advanced Nursing **31**(4): 842-849.
63. Taylor, K. L. and W. D. Care (1999). "Nursing education as cognitive apprenticeship. A framework for clinical education." Nurse Educator **24**(4): 31-36.

64. Taylor, L. J., III and D. Sheffield (2002). "Goldratt's thinking process applied to medical claims processing." Hospital Topics **80**(4): 13-21.
65. Teekman, B. (2000). "Exploring reflective thinking in nursing practice." Journal of Advanced Nursing **31**(5): 1125-1135.
66. Tesoro, M. G. "Effects of using the developing nurses' thinking model on nursing students' diagnostic accuracy." Journal of Nursing Education **51**(8): 436-443.
67. Thorman, M. (1997). "Documenting wound care for pressure ulcers." Topics in Geriatric Rehabilitation **13**(1): 33-43
68. Ulsenheimer, J. H., D. W. Bailey, et al. (1997). "Thinking about thinking." Journal of Continuing Education in Nursing **28**(4): 150-156.
69. Vincent, C. V. H., D. J. Wilkie, et al. "Pediatric nurses' cognitive representations of children's pain." Journal of Pain **11**(9): 854-863
70. Von Krogh, G. and D. Näden "The use of hermeneutic interpretation statements in EPR documentation to capture qualities of caring." Journal of Clinical Nursing **20**(23-24): 3523-3531
71. Whyte, J. I., E. Cormier, et al. "Cognitions associated with nurse performance: a comparison of concurrent and retrospective verbal reports of nurse performance in a simulated task environment." International Journal of Nursing Studies **47**(4): 446-451.
72. Youngblood, N. and J. M. Beitz (2001). "Developing critical thinking with active learning strategies." Nurse educator. **26**(1): 39-42.
73. Yuan, H. B., B. A. Williams, et al. "The relationship between self-directed learning readiness and problem solving in Chinese baccalaureate nursing students." Nurse Education Today.
74. Zori, S., L. J. Nosek, et al. "Critical Thinking of Nurse Managers Related to Staff RNs' Perceptions of the Practice Environment." Journal of Nursing Scholarship **42**(3): 305-313.

## PP r/c afrontamiento y toma de decisiones ante la enfermedad

1. Arpanantikul, M. "Middle-aged urban Thai women's management of stress and anger." Pacific Rim International Journal of Nursing Research **15**(4): 323-333.
2. Boyle, J. S., S. M. Bunting, et al. (2001). "Critical thinking in African American mothers who care for adult children with HIV: A cultural analysis." Journal of Transcultural Nursing **12**(3): 193-202.
3. Byrne-Coker, E., T. Fradley, et al. (1990). "Implementing nursing diagnoses within the context of King's conceptual framework." Nursing Diagnosis **1**(3): 107-114.
4. Chou, P., P. Hsia, et al. (2006). "The decision making process of adolescent pregnant women receiving help from Taipei single mother assistance centers [Chinese]." Journal of Nursing **53**(6): 34-44.
5. Espeland, K. E. (2006). "Overcoming burnout: how to revitalize your career." Journal of Continuing Education in Nursing **37**(4): 178-184
6. Hay, J., E. Shuk, et al. (2005). "Thinking through cancer risk: characterizing smokers' process of risk determination." Qualitative Health Research **15**(8): 1074-1085.
7. Herrman, J. W. (2007). "Repeat pregnancy in adolescence: Intentions and decision making." MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing **32**(2): 89-94.
8. Higginson, R. (2008). "Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial infarction." British Journal of Nursing **17**(1): 10-14.
9. Kerr, N. J. (1990). "The Ego Competency Model of Psychiatric Nursing: theoretical overview and clinical application." Perspectives in Psychiatric Care **26**(1): 13-24.
10. Lally, R. M. "Acclimating to breast cancer: a process of maintaining self-integrity in the pretreatment period." Cancer Nursing **33**(4): 268-279.

11. Lally, R. M., J. A. Hydeman, et al. "Exploring the first days of adjustment to cancer: a modification of acclimating to breast cancer theory." Cancer Nursing **35**(1): 3-18
12. Lally, R. M. and M. L. Underhill "Transition to Breast Cancer Survivorship: A Longitudinal Qualitative Follow-Up Study of Two-Year Survivors." Journal of Psychosocial Oncology **30**(1): 97-127.
13. McKie, J. (2003). "A personal conceptualization of healing." Australian Journal of Holistic Nursing **10**(2): 34-38.
14. McLane, S., J. P. Turley, et al. "Concept analysis of cognitive artifacts." Advances in Nursing Science **33**(4): 352-361.
15. Wu, S. M., C. Y. Yu-Mei, et al. (2005). "Decision-making tree for women considering hysterectomy." Journal of Advanced Nursing **51**(4): 361-368
16. (2003). "The Wavering Line in the Sand: The Effects of Domestic Violence and Sexual Coercion." Issues in Mental Health Nursing **24**(6-7): 723-738.

### PP r/c trastornos mentales

1. (2003). "Dementia care and the brain." Canadian Nursing Home **14**(1): 5-9.
2. Crouch, L. (1972). Disturbance in language and thought, Journal of Psychiatric Nursing & Mental Health Services
3. Dankberg, G. (1991). "Degree of cognitive distortions and level of depression in bulimic patients." Issues in Mental Health Nursing **12**(4): 333-342.
4. Glick, O. J. (1993). "Normal thought processes: an overview." Nursing Clinics of North America **28**(4): 715-727.
5. Hagen, B. F. and D. L. Mitchell (2001). "Might within the madness: Solution-focused therapy and thought-disordered clients." Archives of psychiatric nursing **15**(2): 86-93.
6. Kerr, N. J. (1990). "The ego competency model of psychiatric nursing: theoretical overview and clinical application." Perspectives in psychiatric care **26**(1): 13-24
7. Lusardi, P. T. and D. SchwartzBarcott (1996). "Making sense of it: A neuro-interactional model of meaning emergence in critically ill ventilated patients." Journal of Advanced Nursing **23**(5): 896-903.
8. Mathew, L. J., H. M. Gutsch, et al. (1994). Promoting quality and cost-effective care to geropsychiatric patients, Issues in Mental Health Nursing
9. Sands, N., S. Elsom, et al. "Mental health-related risk factors for violence: using the evidence to guide mental health triage decision making." Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing **19**(8): 690-701.
10. Schroder, P. J. (1979). Nursing intervention with patients with thought disorders, Perspectives in Psychiatric Care
11. Trump, B. (1981). "Thought process of delusions." The Australasian nurses journal **10**(6): 25-27
12. Zauszniewski, J. A. (1995). "Severity of depression, cognitions, and functioning among depressed inpatients with and without coexisting substance abuse." Journal of the American Psychiatric Nurses Association **1**(2): 55-60.

---

## **ANEXO 11**

### **Resultados NOC con una prevalencia menor al 20%**

---

## Datos empíricos sobre el diagnóstico de enfermería VR-TPP en el ámbito clínico:

### Resultados NOC con una prevalencia menor al 20%

RESULTADOS NOC	n	%
<b>0900 Cognición</b> <i>Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos.</i>	43	17,06
<b>0907 Elaboración de la información</b> <i>Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información.</i>	8	3,17
<b>1202 Identidad</b> <i>Distingue entre el yo y el no yo y caracteriza la esencia de uno mismo.</i>	7	2,78
<b>0906 Toma de decisiones</b> <i>Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.</i>	3	1,19
<b>0912 Estado neurológico: consciencia</b> <i>Despertar, orientación y atención hacia el entorno.</i>	2	0,79
<b>0905 Concentración</b> <i>Capacidad para centrarse en un estímulo específico.</i>	1	0,40
<b>1405 Autocontrol de los impulsos</b> <i>Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.</i>	1	0,40
<b>1406 Autocontrol de la mutilación</b> <i>Acciones personales para reprimir las lesiones autoinflingidas intencionadas (no letales).</i>	1	0,40

---

## **ANEXO 12**

### **Características definitorias planteadas**

---



## Características definitorias identificadas en la revisión conceptual y bibliográfica

Base conceptual	Características definitorias identificadas en la literatura	Referencias	Característica definitoria + definición operativa propuesta
Rasgos o atributos del proceso de pensamiento: - Contenido - Curso y forma - Ritmo	Alteración curso de pensamiento	ICF- OMS- WHO, 2014	<b>Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada</b> Definición: Se observa falta de coherencia y lógica en el flujo de pensamiento a través de su discurso
	Muestra procesos de pensamiento desorganizados (basado en indicador NOC: Muestra procesos de pensamiento organizados)	Petrucci y col., 2014	
	Demuestra/muestra un pensamiento desorganizado	Fraunfelder y col., 2011	
	No muestra patrones de flujo de pensamiento lógico (basado en indicador NOC: Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico)	Campbell 1994	
	Secuencia de pensamiento	Hancock 1994 Campbell 1994	
	Muestra asociaciones de ideas ilógicas	Campbell 1994	
	Existe poca conexión entre un pensamiento y el siguiente	Campbell 1994	
Dominios o componentes del proceso de pensamiento: CATEGORIZACIÓN: - Generación de conceptos/ideas - Organización y relación entre conceptos/ideas: creación de categorías	Alteración contenido de pensamiento	Personn y col., 2011	<b>Expresa pensamientos no basados en la realidad</b> Definición: Expresa ideas o razonamientos inusuales o inverosímiles o que no están basados en la realidad (ideas delirantes)
	Muestra/expresa pensamientos no basados en la realidad (indicador NOC autocontrol del pensamiento distorsionado)	ICF- OMS Hancock 1994	
	Verbaliza un mensaje incoherente (indicador NOC no elabora información)		
Dominios o componentes del proceso de pensamiento: RAZONAMIENTO: - Emisión de juicios - Discernimiento (insight) - Reflexión	Delirios	Carpenito 2003	<b>Alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción</b> Definición: Se observa dificultad para la elaboración de conceptos o para extraer ideas generales e identificar las cualidades específicas de realidades concretas, objetos específicos o ejemplos reales
	Habilidad para la abstracción o conceptualización alterada	Hancock 1994	
Dominios o componentes del proceso de pensamiento: RAZONAMIENTO: - Emisión de juicios - Discernimiento (insight) - Reflexión	Es incapaz de contar abstracciones y entender símbolos	Hall 1988	<b>Alteración de la capacidad de juicio</b> Definición: Diminución de la habilidad para discernir y evaluar entre diferentes opciones y sus consecuencias
	Incapacidad para razonar (CD de DE: Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno)	Hall 1988	
	Juicio: Demuestra incapacidad para evaluar las situaciones (basado en la definición de juicio de Foreman 2003)	Formenan y col 2003 Hall 1988 Kerr 1990 (juicio)	
Capacidad de juicio empobrecida	(Verdejo-García & Bechara, 2010)		
Discernimiento: Definido como: Habilidad para entenderse a uno mismo y su comportamiento			
No cuestiona creencias/imágenes erróneas sobre sí mismo (basado en indicador NOC: Cuestiona creencias erróneas/imágenes negativas de sí mismo)			
No muestra una conducta verbal y no verbal congruente sobre sí mismo (basado en indicador NOC: Muestra...)			

Base conceptual	Características definitorias identificadas en la literatura	Referencias	Característica definitoria + definición operativa propuesta
Dominios o componentes del proceso de pensamiento: <b>RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA:</b> - Conocimiento del problema - Planificación de la solución - Toma de decisiones - Evaluación del resultado	Planificación ineficaz de actividades  Campbell: Problemas de planificación p. ej. Organizar la ropa, o comida, planificación de actividades para la búsqueda de empleo, o llevar la casa.	Dx Enfermería Gordon 2013 la califica como un síntoma  Persoon 2011 Hall 1988 Campbell 1994 (Verdejo-García & Bechara, 2010)	<b>Incapacidad para la planificación de actividades</b>  Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para prepararse un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones
	Disminución de la capacidad para la toma de decisiones	Hancock 1994	<b>Incapacidad para la toma de decisiones</b>  Definición: Verbaliza o se observa dificultad para realizar una elección entre opciones, llevar a cabo la elección, y evaluar los efectos de la elección
	Incapacidad para tomar decisiones adecuadas a la situación (basado en la definición de juicio de Foreman 2003) Expresa/demuestra dificultad en la comprensión de las elecciones en la toma de decisiones (basado en CD de DE: Disposición para la toma de decisiones)	Formenan y col 2003; Hall 1988; West e Isenbergl Hall 1988 (Verdejo-García & Bechara, 2010)	
	ICF-OMS definición de Toma de decisiones: realizar una elección entre opciones, llevar a cabo la elección y evaluar los efectos de la elección: Incapacidad para identificar y analizar de forma adecuada las opciones posibles ante una situación	ICF- OMS	
	Percepción del problema no adecuada	Luis Rodrigo 2008	<b>Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas</b>  Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para encontrar soluciones a problemas o cuestiones identificando y analizando los factores, desarrollando opciones y evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando una solución elegida.
	Definición Resolución de problemas (ICF-OMS): Encontrar soluciones a cuestiones o situaciones identificando y analizando los factores, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando la opción elegida: Incapacidad para encontrar soluciones a situaciones/cuestiones/problemas cotidianos.	ICF- OMS	
	Manifiesta dificultades para hallar los medios necesarios para alcanzar una meta	Molina González 2006 (definición pensamiento)	
	No es capaz de llevar a cabo la acción/solución elegida para la resolución del problema	ICF- OMS Personn 2011	
	Problemas para comenzar actividades como las rutinas de higiene personal	Bondy y col 1995	
	No comprende las consecuencias o efectos de sus acciones/elecciones	ICF- OMS Campbell 1994	
Cambio en las habilidades para la solución de problemas Disminución de la capacidad para la resolución de problemas	Hancock 1994 Hall 1988		
Capacidad limitada para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria de forma eficaz.	Luis Rodrigo 2008 (García-Molina et al., 2010; Verdejo-García & Bechara, 2010)		

Base conceptual	Características definitorias identificadas en la literatura	Referencias	Característica definitoria + definición operativa propuesta
<p>El proceso de pensamiento está dirigido a alcanzar una meta o solución.</p> <p>Resultado global y consecuencias de su alteración</p>	<p>No desempeña roles sociales adecuados a su edad (basado en indicador NOC: Desempeña roles sociales)</p> <p>Presenta dificultades para conservar o encontrar un empleo</p>	<p>Tan 2008</p> <p>McCurk en Tan 2009</p>	<p><b>Incapacidad para desempeñar roles sociales adecuados a su edad</b></p> <p>Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para desempeñar los roles propios de su edad como la búsqueda y mantenimiento de un empleo, la emancipación, el formar una familia, la participación activa en la sociedad, etc.</p>
	<p>Dificultad para la realización de tareas instrumentales</p>	<p>(Hall, 1988)</p>	<p><b>Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria</b></p> <p>Definición: Verbaliza o se observa dificultad para llevar a cabo tareas que permiten a la persona mantener su independencia en la comunidad como el mantenimiento del hogar, el uso del teléfono o el transporte, el manejo de la medicación, la administración de dinero, etc.</p>
	<p>Relación entre la afectación de la función ejecutiva y la dificultad para las tareas instrumentales</p>	<p>(Mayo et al., 2013)</p> <p>(Vaughan &amp; Giovanello, 2010)</p> <p>(Marshall et al., 2011)</p>	<p><b>Dependencia para la actividades básicas de la vida diaria</b></p> <p>Definición: Verbaliza o se observa falta de autonomía para actividades relacionadas con el autocuidado y la movilidad como el aseo, el vestido, la alimentación, el uso inodoro, la movilidad y deambulación, etc.</p>
	<p>Dependencia para las actividades de la vida cotidiana</p> <p>Déficit de autocuidados</p> <p>Gestión ineficaz de la propia salud</p>	<p>Datos empíricos</p> <p>Modelo Orem</p> <p>Luis Rodrigo 2008</p> <p>(Martyr &amp; Clare, 2012)</p>	<p><b>Capacidad limitada para el control de impulsos</b></p> <p>Definición: En su comportamiento se observa un patrón de reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones</p>
<p>El proceso de pensamiento permite al hombre entender lo que le rodea; media entre el estímulo y la respuesta</p> <p>- Procesamiento información</p>	<p>Tiene escasa continuidad del pensamiento y las ideas no se encaminan a un objetivo</p> <p>Problemas en las situaciones donde el pensamiento independiente y la toma de decisiones creativa es requerido</p> <p>Capacidad disminuida para comprender o captar ideas</p>	<p>Campbell 1994</p> <p>Hancock 1994</p>	<p><b>No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones</b></p> <p>Definición: Verbaliza ideas que indican una interpretación inexacta o</p>

Base conceptual	Características definitorias identificadas en la literatura	Referencias	Característica definitoria + definición operativa propuesta
- Interpretación estímulos	No procesa la información (estímulos externos) de forma adecuada (basado en indicador NOC: Procesa la información) No comprende/interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones (basado en indicador NOC: Comprende el significado de eventos y situaciones) Interpretación inexacta de los estímulos internos o externos, o ambos (identificada como CD de TPP sugerido por Carpenito) Percepción no realista de los acontecimientos? (FR de DE Planificación ineficaz de las actividades) Conducta indicativa de interpretación inexacta del ambiente (basado en indicador NOC autocontrol del pensamiento distorsionado)	Carpenito 2003	inadecuada de los estímulos internos y/o externos.
	Suspiciacia	Carpenito 2003	<b>Suspiciacia</b> Definición: A través de su discurso se observa una tendencia excesiva a mostrarse desconfiado o sospechar en situaciones cotidianas
	Fobias	Carpenito 2003	<b>Fobias</b> Definición: Verbaliza un miedo excesivo y persistente provocado por un objeto o situación, sin fundamentos sólidos o aceptados como razonables
El proceso de pensamiento es un proceso interno que debe ser valorado a través de la conducta y el lenguaje	Dificultad para la comunicación verbal	Datos empíricos	<b>Dificultad para la comunicación verbal</b> Definición: Se observa una disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos
	Dificultad en el lenguaje; alteración de habilidades lingüísticas	Hall 1988	
	Dificultad para expresar un pensamiento u opinión completa	Luis Rodrigo 2008 Frauenfelder y col., 2010	
	No puede moverse de un tema a otro con facilidad Puede usar palabras nuevas para expresar una idea	Campbell 1994	
	Dificultad para la interacción social	Hall 1988	<b>Capacidad limitada para las relaciones sociales</b> Definición: Verbaliza o se observa una cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social
	Conducta social inapropiada	Carpenito 2003	
	Problemas con las relaciones sociales	Datos empíricos Garrido Abejar 2000 (Ganesalingam et al., 2011)	<b>Respuesta emocional inapropiada a la situación</b> Definición: Manifestación de emociones o sentimientos que son incongruentes o inconsistentes con la situación presente
	Respuesta emocional inapropiada	Hancock 1994	
Labilidad emocional; incongruencia e inconsistencia de las emociones	Luis Rodrigo 2008		

Base conceptual	Características definitorias identificadas en la literatura	Referencias	Característica definitoria + definición operativa propuesta
	Las alteraciones en el pensamiento (contenido y curso) están relacionadas con mayor riesgo de violencia; es decir: sería una consecuencia.	Sands y col., 2012	<b>Conductas agresivas</b> Definición: Se observa un riesgo de conductas en la que la persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para

### Definiciones operativas de las características definitorias

Característica definitoria + definición operativa propuesta	Referencias de la definición
<b>Muestra una secuencia de pensamiento desorganizada</b> Definición: Se observa falta de coherencia y lógica en el flujo de pensamiento a través de su discurso	Definición desarrollada por los investigadores
<b>Expresa pensamientos no basados en la realidad</b> Definición: Expresa ideas o razonamientos inusuales o inverosímiles o que no están basados en la realidad (ideas delirantes)	Definición desarrollada por los investigadores
<b>Alteración de la capacidad para la conceptualización o abstracción</b> Definición: Se observa dificultad para la elaboración de conceptos o para extraer ideas generales e identificar las cualidades específicas de realidades concretas, objetos específicos o ejemplos reales	Definición basada en la <i>Classifications: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)</i> (World Health Organization, 2014)
<b>Alteración de la capacidad de juicio</b> Definición: Diminución de la habilidad para discernir y evaluar entre diferentes opciones y sus consecuencias	Definición basada en la <i>Classifications: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-World Health Organization, 2014)</i>
<b>Incapacidad para la planificación de actividades</b> Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para prepararse un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería <i>Planificación ineficaz de actividades</i> (00199) recogido en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<b>Incapacidad para la toma de decisiones</b> Definición: Verbaliza o se observa dificultad para realizar una elección entre opciones, llevar a cabo la elección, y evaluar los efectos de la elección <sup>1</sup> .	Definición basada en la <i>Classifications: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-World Health Organization, 2014)</i>
<b>Capacidad limitada para encontrar soluciones a problemas o situaciones cotidianas</b> Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para encontrar soluciones a problemas o cuestiones identificando y analizando los factores, desarrollando opciones y soluciones, evaluando efectos potenciales de las soluciones, y ejecutando una solución elegida.	Definición basada en la <i>Classifications: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-World Health Organization, 2014)</i>
<b>Afrontamiento ineficaz:</b> Definición: Verbaliza o se observa incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería <i>Afrontamiento ineficaz</i> (00069) recogido en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<b>Incapacidad para desempeñar roles sociales adecuados a su edad</b> Definición: Verbaliza o se observa disminución de la capacidad para desempeñar los roles propios de su edad como la búsqueda y mantenimiento de un empleo, la emancipación, el formar una familia, la participación activa en la sociedad, etc.	Definición desarrollada por los investigadores

Característica definitoria + definición operativa propuesta	Referencias de la definición
<p><b>Dificultad para la realización de tareas instrumentales de la vida diaria</b> Definición: Verbaliza o se observa dificultad para llevar a cabo tareas que permiten a la persona mantener su independencia en la comunidad como el mantenimiento del hogar, el uso del teléfono o el transporte, el manejo de la medicación, la administración de dinero, etc.</p>	Definición desarrollada por los investigadores
<p><b>Dependencia para la actividades básicas de la vida diaria</b> Definición: Verbaliza o se observa falta de autonomía para actividades relacionadas con el autocuidado y la movilidad como el aseo, el vestido, la alimentación, el uso inodoro, la movilidad y deambulación, etc.</p>	Definición desarrollada por los investigadores
<p><b>Capacidad limitada para el control de impulsos</b> Definición: En su comportamiento se observa un patrón de reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones</p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Control de impulsos ineficaz (00222) recogido en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<p><b>No comprende o interpreta adecuadamente el significado de eventos y situaciones</b> Definición: Verbaliza ideas que indican una interpretación inexacta o inadecuada de los estímulos internos y/o externos.</p>	Definición desarrollada por los investigadores
<p><b>Susplicacia</b> Definición: A través de su discurso se observa una tendencia excesiva a mostrarse desconfiado o sospechar en situaciones cotidianas</p>	Basada en la definición de suspicacia/suspicaz extraída del diccionario de la RAE (Braier, Meroño Gallut, & Narbona Jiménez, 2011).
<p><b>Obsesiones</b> Definición: Pensamiento o idea persistente con el que la mente está continua e involuntariamente preocupada y que sugiere un acto irracional.</p>	Definición extraída del Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud (Verdejo-García & Bechara, 2010)
<p><b>Fobias</b> Definición: Verbaliza un miedo excesivo y persistente provocado por un objeto o situación, sin fundamentos sólidos o aceptados como razonables.</p>	Definición extraída del Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud (Verdejo-García & Bechara, 2010).
<p><b>Dificultad para la comunicación verbal</b> Definición: Se observa una disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos</p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Deterioro de la comunicación verbal (00051) correspondiente recogido en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<p><b>Capacidad limitada para las relaciones sociales</b> Definición: Verbaliza o se observa una cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social</p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Deterioro de la interacción social (00052) correspondiente recogido en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<p><b>Respuesta emocional inapropiada a la situación</b> Definición: Manifestación de emociones o sentimientos que son incongruentes o inconsistentes con la situación presente</p>	Definición desarrollada por los investigadores
<p><b>Conductas agresivas</b> Definición: Se observa un riesgo de conductas en la que la persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma o para otros</p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Riesgo de violencia (00140/00138) recogido en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).

---

## **ANEXO 13**

### **Factores relacionados planteados**

---

## Factores relacionados identificados en la revisión conceptual y bibliográfica

Base conceptual	Factores relacionados identificados en la literatura	Referencias	Factor relacionado + definición operativa propuesto
<p>Antecedentes: Alteración de procesos cognitivos simples (sensación, percepción, atención, concentración, memoria e imaginación)</p> <p>Factores relacionados fisiopatológicos (psicológicos)</p>	Alcance de la atención alterado	Hancock 1994 West Isenberg 1997 (Verdejo-García & Bechara, 2010)	<p><u>Factores relacionados psicológicos propuestos:</u>  <b>Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)</b>  <b>Desorientación en tiempo, espacio y/o persona</b>  <b>Confusión aguda o crónica</b>  <b>Deterioro de la cognición</b>  <b>Alucinaciones</b>  <b>Percepción sensorial alterada (p. ej. alucinaciones visuales, ... ver Ansiedad</b>  <b>Afrontamiento ineficaz</b></p>
	Facilidad para distraerse Dificultad para la concentración	En Hancock 1994 West Isenberg 1997 Luis Rodrigo 2008	
	Deterioro de la memoria	Carpenito 1985 Hancock 1994 (Verdejo-García & Bechara, 2010)	
	Alucinaciones Percepción alterada Percepción no realista de las capacidades personales (FR de DE Planificación ineficaz de las actividades) Alteración de las percepciones (FR de deterioro de la memoria)	Carpenito 2003 Hall 1988	
	Desorientación	Hancock 1994 Carpenito 2003	
	Confusión Aturdimiento	Carpenito 2003	
	Disminución de la atención y de la capacidad para procesar la información secundaria a: Ansiedad	Carpenito 2003	
<p>Factores relacionados fisiopatológicos (biológicos)</p>	Trastornos neurológicos (especificar) Lesión cerebral aguda (p. ej. Traumatismo cerebral)	Luis Rodrigo 2008 Carpenito 2003; (Ganesalingam et al., 2011; García-Molina et al., 2010; Gioia et al., 2010)	<p><u>Factores relacionados fisiopatológicos (biológicos) propuestos:</u>  <b>Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular</b>  <b>Trastornos neurodegenerativos (p. ej. demencia, Alteración de los órganos de los sentidos</b>  <b>Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)</b>  <b>Insomnio</b>  <b>Abuso de sustancias</b>  <b>Trastornos bioquímicos</b></p>
	Lesión cerebral degenerativa (p. ej. Demencia de Alzheimer, Parkinson) Alteración de los órganos de los sentidos	Carpenito 2003 (Kudlicka et al., 2013, 2014; Martyr & Clare, 2012) Luis Rodrigo 2008	
	Trastornos psiquiátricos	Luis Rodrigo 2008 Campbell 1994	
	Esquizofrenia Trastorno bipolar Depresión	Vance 2013; Datos empíricos; Carpenito 1985	
	Insomnio	Datos empíricos Carpenito 1985 (Illioudi, 2013)	



Base conceptual	Factores relacionados identificados en la literatura	Referencias	Factor relacionado + definición operativa propuesta
	Estados fisiológicos Alteraciones fisiológicas, secundarias a la abstinencia de drogas o alcohol Trastornos bioquímicos	Carpenito 1985 Carpenito 2003	
Factores relacionados de situación (ambientales, comunitarios, personales, de rol, domicilio, institución, experiencias vitales)	Falta de soporte social (FR de DE Planificación ineficaz de las actividades)		Factores relacionados <u>situacionales propuestos</u> : <b>Miedo</b> <b>Duelo</b> <b>Aislamiento social</b> <b>Deprivación sensorial</b> <b>Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)</b> <b>Dolor</b> <b>Efectos secundarios del tratamiento</b>
	Trauma emocional Malos tratos (físicos, mentales, abuso sexual) Tortura Trauma infantil Temores reprimidos Ansiedad intensa que llega a angustia	Carpenito 2003	
	Disminución de la atención y de la capacidad para procesar la información secundaria a: Depresión Miedo Duelo	Carpenito 2003	
	Hipoestimulación continuada Aislamiento social	Carpenito 2003 (Rosa, 2012)	
Factores relacionados de maduración (r/c edad)	Edad superior a 50 años Ancianos: aislamiento, depresión del final de la vida	Datos empíricos Carpenito 2003 Luis Rodrigo 2008 (Rosa, 2012)	<u>Factores relacionados de maduración propuestos</u> : <b>Edad avanzada</b>

### Definiciones operativas de los factores relacionados

Factores relacionados + definición operativa propuesta	Referencias de la definición
<b>Psicológicos:</b>	
<b>Alteración de procesos cognitivos simples (p. ej. atención, concentración o memoria)</b> Definición: Trastorno de los procesos psicológicos relacionados con la sensación, percepción, atención, concentración, memoria e imaginación.	Definición extraída de Ortiz Ocaña 2009
<b>Desorientación en tiempo, espacio y/o persona</b> Definición: Estado de confusión mental caracterizado por una percepción inadecuada o incorrecta de lugar, tiempo o identidad.	Definición extraída de Diccionario Mosby pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud (Moorhead et al., 2013)
<b>Confusión aguda o crónica</b> Definición: Trastornos de la conciencia, atención, conocimiento, percepción, memoria, orientación y/o de la conducta que pueden ser de inicio brusco y reversibles o irreversibles y de larga duración.	Definición basada en la definición de los diagnósticos de enfermería Confusión aguda/crónica (00128/00129) recogidos en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).

Factores relacionados + definición operativa propuesta	Referencias de la definición
<p><b>Alucinaciones</b> Definición: Percepción sensorial que no se origina a partir de un estímulo externo. Puede ser sensoriales (auditivas, gustativas, olfativas, táctiles o visuales), cenestésicas, cinéticas o motrices, y psíquicas o pseudoalucinaciones.</p>	Definición extraída del Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud (WHO, 2009)
<p><b>Ansiedad</b> Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.</p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Ansiedad (00146) recogidos en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<p><b>Afrontamiento ineficaz</b> Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.</p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Afrontamiento ineficaz (00069) recogidos en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<p><b>Fisiopatológicos:</b> <b>Lesión cerebral (p. ej. traumatismo craneal, accidente cerebrovascular)</b> Definición: Daño orgánico o funcional del tejido cerebral.</p>	Definición desarrollada por la investigadora
<p><b>Trastornos neurodegenerativos (p. ej. Demencia, Enfermedad de Parkinson, etc.)</b> Definición: Enfermedades que producen una degeneración crónica y progresiva a nivel neurológico.</p>	Definición desarrollada por la investigadora
<p><b>Alteración de los órganos de los sentidos</b> Definición: Alteración de la función de los órganos implicados en la percepción sensorial (p. ej. ojos, oídos, etc.)</p>	Definición desarrollada por la investigadora
<p><b>Trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes, trastorno bipolar)</b> Definición: Enfermedades que producen una alteración en el estado mental con síntomas a nivel cognitivo, conductual y/o emocional.</p>	Definición desarrollada por la investigadora
<p><b>Insomnio</b> Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento</p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Insomnio (00095) recogidos en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<p><b>Abuso de sustancias</b> Definición: Falta de control en el uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol.</p>	Definición basada en el resultado NOC Conocimiento: control del consumo de sustancia (1812) (Fehring, 1987)
<p><b>Trastornos bioquímicos</b> Definición: Alteraciones en la función y equilibrio a nivel químico y molecular del organismo (p. ej. alteraciones en el equilibrio electrolítico)</p>	Definición desarrollada por la investigadora
<p><b>Situacionales:</b> Temor/Miedo <i>Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro</i></p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Temor (00148) recogidos en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<p><b>Duelo</b> Definición: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.</p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Duelo (00136) recogidos en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<p><b>Duelo complicado</b> Definición: Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.</p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Duelo complicado (00135) recogidos en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).

Factores relacionados + definición operativa propuesta	Referencias de la definición
<p><b>Aislamiento social</b> Definición: Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.</p>	Definición basada en la definición del diagnóstico de enfermería Aislamiento social (00053) recogidos en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<p><b>Deprivación sensorial</b> Definición: Ausencia o carencia de estímulos suficientes en el entorno.</p>	Definición desarrollada por la investigadora
<p><b>Situación o acontecimiento traumático (p. ej. malos tratos físicos y/o mentales, abuso sexual, tortura, trauma infantil, temores reprimidos)</b> Definición: Situaciones en que la persona está expuesta a condiciones adversas de gravedad que pueden producir shocks emocionales o traumas psíquicos.</p>	Definición desarrollada por la investigadora
<p><b>Dolor</b> <i>Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain)</i></p>	Definición basada en la definición de los diagnósticos de enfermería Dolor crónico/agudo (00132/133) recogidos en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería 2012-2014 (Herdman, 2012).
<p><b>Efectos secundarios del tratamiento</b> <i>Definición: Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente y relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento (p. ej. somnolencia asociada al consumo de fármacos neurolépticos).</i></p>	Definición extraída de (Grant & Kinney, 1992; Whitley, 1999)
<p><b>De maduración:</b> Edad avanzada <i>Definición: Resultado del deterioro en la edad madura y avanzada de numerosas funciones corporales.</i></p>	Definición desarrollada por la investigadora

---

## **ANEXO 14**

### **Difusión de resultados: Publicaciones**

---

---

Escalada Hernández, P. y Marín Fernández, B. (2014) *Prevalencia y características asociadas al diagnóstico “Trastorno de los procesos de pensamiento” en pacientes psiquiátricos*. Libro de ponencias y comunicaciones del X Simposium Internacional AENTDE: identidad, utilidad y calidad, pp. 428-429. Sevilla: AENTDE.  
ISBN: 978-84-616-8248-5

---

## **PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO “TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO” EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

### **AUTO/RES**

Paula Escalada-Hernández; Blanca Marín-Fernández.

### **PALABRAS CLAVE**

Diagnósticos de enfermería; NANDA-I, Trastorno de los procesos de pensamiento; Prevalencia; Escala HoNOS

### **INTRODUCCIÓN**

El diagnóstico de enfermería “trastorno de los procesos de pensamiento” (TPP) ilustra un problema frecuentemente atendido por las enfermeras en salud mental ya que ha demostrado ser muy prevalente en pacientes con problemas psiquiátricos (1,2). Dado la limitada evidencia existente, este diagnóstico fue retirado de la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA-I (Edición 2009-2011) (3).

### **OBJETIVOS**

El presente estudio, forma parte de un proyecto más amplio. Sus objetivos son: analizar la prevalencia del diagnóstico TPP en una muestra de pacientes psiquiátricos y psicogerítricos institucionalizados y describir las características sociodemográficas y asistenciales más frecuentes entre los pacientes con TPP.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un análisis secundario de los datos obtenidos en un estudio multicéntrico, exploratorio, descriptivo y transversal. Retrospectivamente de la historia clínica de pacientes psiquiátricos y psicogerítricos en unidades de media y larga estancia, se recogieron datos sociodemográficos, asistenciales (unidad, diagnóstico psiquiátrico según CIE-10; códigos NANDA-I, NIC y NOC) y sobre la severidad de los problemas asociados a la enfermedad mental, valorados mediante la Escala HoNOS (4). Se realizó un análisis descriptivo mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión.

### **RESULTADOS**

La prevalencia del diagnóstico TPP entre los 624 pacientes incluidos fue del 39,4% (n=246). Los pacientes con TPP tenían una edad media de 65±17 años, eran mayoritariamente solteros, con ingresos entre bajos y medios y pensionistas. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente entre ellos fue esquizofrenia y los problemas valorados por la Escala HoNOS más prevalentes

**X** Simposium **AENTDE**. Sevilla 2014.

fueron: problemas con las actividades de la vida diaria, con las relaciones sociales, depresión y disfunción cognitiva. Además, se presentarán los resultados NOC e intervenciones NIC más frecuentes asociadas a TPP.

### CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran el alto grado de prevalencia del diagnóstico TPP en pacientes con alteraciones mentales institucionalizados. Además, ilustran ciertas características distintivas del perfil típico de los pacientes con TPP.

### BIBLIOGRAFÍA

Frauenfelder F, Müller-Staub M, Needham I, Van Achterberg T. Nursing phenomena in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18(3): 221-35.

Escalada Hernández P, Muñoz Hermoso P, Marro Larrañaga I. La atención de enfermería a pacientes psiquiátricos NANDA-NIC-NOC: una revisión de la literatura. *Revista Rol Enfermería*. 2013; 36(3): 166-77.

NANDA International. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España; 2010.

Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*. 1999; 11(4): 37-45.

---

Escalada Hernández, P. y Marín Fernández, B. (2014) *Prevalencia del diagnóstico de enfermería "Trastorno de los procesos de pensamiento": Análisis de la Evidencia*. Libro de ponencias y comunicaciones del X Simposium Internacional AENTDE identidad, utilidad y calidad, pp. 230-238. Sevilla: AENTDE.  
ISBN: 978-84-616-8248-5

---



## **PREVALENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA “TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO”: ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA**

### **AUTOR/ES**

Paula Escalada-Hernández; Blanca Marín-Fernández

Departamento Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra. e-mail: de contacto [paula.escalada@unavarra.es](mailto:paula.escalada@unavarra.es)

### **PALABRAS CLAVE**

Diagnósticos de enfermería; NANDA-I, Trastorno de los procesos de pensamiento; Prevalencia

### **INTRODUCCIÓN**

El diagnóstico de enfermería “trastorno de los procesos de pensamiento” (TPP) es definido como el “trastorno de las operaciones y actividades cognitivas” (1). Este diagnóstico, anteriormente conocido como “alteración de los procesos de pensamiento”, fue incluido en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I desde su primera edición en 1973 (2) y fue excluido de la edición 2009-2011 por la falta de evidencia existente en lo referente a su desarrollo conceptual y validación (1).

Sin embargo, se ha demostrado que el diagnóstico de enfermería TPP tiene especial relevancia clínica en el ámbito de la salud mental, ya que es uno de los más frecuentes dentro de esta especialidad (3). Frauenfelder y colaboradores (4) desarrollaron una revisión bibliográfica en la que identificaron los diferentes fenómenos abordados por enfermería en unidades de psiquiatría mencionados en artículos científicos y establecieron su equivalencia con los diagnósticos de enfermería existentes. Entre los fenómenos identificados, se encontraba “patrones de pensamiento alterados” que según apuntan los autores es coherente con la etiqueta TPP. En base a sus resultados, estos investigadores planteaban la necesidad de la reintroducción de este diagnóstico en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I. Así, parece preciso el desarrollo de trabajos empíricos que permitan avanzar en el estudio del diagnóstico TPP.

### **OBJETIVOS**

Con el propósito de generar evidencia sobre el diagnóstico de enfermería TPP y como parte de un proyecto más amplio, se planteó el presente trabajo cuyo objetivo es realizar una revisión bibliográfica sobre la prevalencia del diagnóstico de enfermería TPP.

**X Simposium AENTDE. Sevilla 2014.**

230

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas nacionales e internacionales (PubMed, Web of Knowledge, CINAHL, PsycINFO, Scopus, CUIDEN, EnFisPo, Scielo España, Hemeroteca Cantárida, Ibecs y Lillacs). Como términos de búsqueda se utilizaron los nombres, anterior y actual, de la etiqueta entrecomillados en inglés o castellano ("trastorno de los procesos de pensamiento"; "disturbedthoughtprocesses"; "alteración de los procesos de pensamiento"; "alteredthoughtprocesses"), combinándolos con el operador booleano "OR". Dado que no existen revisiones bibliográficas anteriores, no se aplicó límite de fecha alguno, incluyendo bibliografía publicada desde 1979 hasta 2013. Además, se consultaron manualmente algunas revistas relevantes y las listas de referencias de los artículos localizados. Se revisó el título y resumen de las referencias obtenidas tras la búsqueda para comprobar si cumplían el criterio de ser textos que aportaran datos empíricos sobre la prevalencia del diagnóstico de enfermedad TPP. Se incluyeron artículos publicados en inglés, castellano o portugués.

### RESULTADOS

En la búsqueda se localizaron 198 referencias, tras aplicar los criterios de inclusión, se seleccionaron 22 que recogían datos sobre la prevalencia del diagnóstico TPP. Los artículos seleccionados se dividieron en cuatro grupos de acuerdo al perfil de pacientes incluidos o al ámbito sanitario en el que fueron desarrollados. Así, ocho de ellos incluían a pacientes con trastornos mentales, siete incluían a ancianos, cuatro se realizaron en el ámbito comunitario y tres en hospitalización general.

Tabla 1. Estudios de prevalencia TPP en salud mental

REFERENCIA PAÍS	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLOGÍA	MUESTRA	PREVALENCIA TPP
Ugalde Apalategui y col., 2011 España	UHP (5 unidades)	Multicéntrico, transversal, descriptivo y correlacional Revisión de historias clínicas	N= 907 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia	Muestra total: 45,7% (n=360) Por sexos: hombres 52,8% (n=190) mujeres 47,2% (n=170) Por GRD: GRD 426 (neurosis depresivas): 44,07% (n=26) ;GRD 427 (neurosis excepto depresión): 28,57% (n=4); GRD 428 (l. personalidad): 41,12% (n=44); GRD 429 (alteraciones orgánicas y retraso mental): 38,10% (n=8); GRD 430 (psicosis): 45,06% (n=251); GRD (otros diagnósticos): 40% (n=2); GRD (abuso de drogas) 43,33% (n=52) TPP fue el 2º DE más prevalente
Abderhalden y col., 2007 Austria y Suiza	UHP (11 unidades)	Descriptivo retrospectivo Revisión de historias clínicas	N= 330 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia	TPP fue el 2º DE más prevalente ( <i>información obtenida de un resumen, no se especifica prevalencia</i> )
Sales Orts y col., 2007 España	UHP	Transversal analítico observacional Revisión de notas enfermería e información verbalizada en cambios de turno y observación directa	N=301 pacientes con esquizofrenia y alteraciones en el estado de ánimo Muestreo: por conveniencia	Muestra total: 94,02% (n= 283) TPP fue el DE más prevalente
Vilchez Esteve y col., 2007 España	UHP (2 unidades) Unidad de patología dual (1 unidad)	Descriptivo retrospectivo Revisión de historias clínicas	N= 206 pacientes psiquiátricos Muestreo: por conveniencia	Muestra total: 38,35% (n=79) Por patologías: Esquizofrenia 60% (n=50); Trastornos adaptativos 2,80% (n=1); Patología dual 5,10% (n=2); Depresión 48% (n=12); Manía 63,30% (n=14) TPP fue el 2º DE más prevalente
Sevillano Arroyo y col., 2004 España	UHP (1 unidad)	Transversal descriptivo Revisión de historias clínicas	N= 150 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia	Muestra total: 46% (n=69) TPP fue el 3º DE más prevalente
Stefan y col., 2003 Austria y Suiza	UHP (1 unidad)	Descriptivo retrospectivo Revisión de registros de enfermería	N= 30 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia	TPP dentro de los 3 DE más prevalentes ( <i>información obtenida de un resumen, no se especifica prevalencia</i> )
Lluich Canut y col., 2009 España	Consulta de Enfermería en Salud Mental	Descriptivo retrospectivo Revisión de historias clínicas	N= 66 pacientes con trastorno mental severo Muestreo por conveniencia	Muestra total: 54,5% (n= 36) TPP fue el 3er DE más prevalente
Boomsma y col., 1997 Países Bajos	4 equipos de atención psiquiátrica domiciliar	Investigación en acción Revisión de historias clínicas (Análisis de contenido y codificación como DE)	N= 61 (pacientes psiquiátricos) Muestreo por conveniencia	TPP fue el 5º DE más prevalente ( <i>no se especifica prevalencia</i> )

En la Tabla 1, aparecen los estudios de prevalencia realizados en el contexto de salud mental (5-12). Principalmente, se han localizado trabajos centrados en unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP) para pacientes agudos y en atención comunitaria psiquiátrica. En todos estos estudios el diagnóstico TPP se encuentra entre los 5 diagnósticos de enfermería más frecuentes. Como se puede observar, la prevalencia demostrada por el diagnóstico TPP es alta, entre el 40 y 50% en todos los casos, llegando a alcanzar el 94% en el estudio de Sales Orts y Costa Suarez (8).

Los resultados de los proyectos que incluyen a pacientes psiquiátricos crónicos que conviven en la comunidad no difieren en gran medida de los estudios con pacientes psiquiátricos agudos ingresados. Por otro lado, dos de los artículos de este grupo (5, 6) ofrecen además información en relación al diagnóstico psiquiátrico de los pacientes incluidos en la muestra. Se puede observar como la prevalencia de TPP es mayor al 40% en sujetos con diagnósticos como:

neurosis depresivas, trastornos de la personalidad, psicosis, abuso de sustancias, esquizofrenia o manía.

Tabla 2. Estudios de prevalencia TPP en ancianos

REFERENCIA	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLÓGICO	MUESTRA	PREVALENCIA TPP
Kuzu y col., 2005 Turquía	Atención comunitaria	Estudio pre-post con intervención educativa para cuidadores Observación directa del paciente	N=32 pacientes con Alzheimer Muestreo por conveniencia	Pretest: 46,8% (n=15) Posttest: 31,3% (n=10)
Barrigule y col., 2005 España	Centro geriátrico	Descriptivo trasversal Observación directa del paciente	N= 52 ancianos Muestreo por conveniencia	Muestra total: 1,9% (n=1)
Borges Teixeira y col., 2003 Brasil	Consulta de Enfermería en Salud Mental	Descriptivo exploratorio Observación directa del paciente	N=48 ancianos con problemas cognitivos Muestreo por conveniencia	Muestra total: 27% (n= 13) Prevalencia por sexo: Hombres: 29,1% (n=7) Mujeres: 25% (n= 6)
Park y col., 2004 EEUU	Unidades de hospitalización	Descriptivo retrospectivo Revisión de historias clínicas	N= 597 ancianos con demencia hospitalizados Muestreo por conveniencia	Muestra total: 29% (n=144)
Daly y col., 1995	Centro de cuidados de larga duración	Retrospectivo descriptivo Revisión de historias clínicas	N=29 ancianos Muestreo aleatorio: registros de enfermería de un día aleatorio	Muestra total: 65,52% (n=19)
Mass y Buckwalter, 1988 EEUU	Centro de cuidados de larga duración	Descriptivo y trasversal Entrevistas, revisión de historias clínicas y cuestionarios	N=60 pacientes con Alzheimer Muestreo por conveniencia	Muestra total: 52% (n= 31)
Hardy y col., 1988 EEUU	Centros geriátricos	Revisión de 5 estudios Revisión de historias clínicas	Muestra (ancianos) en cada estudio: - IVH, 1985 (N= 121) - Hallal 1985 (N =106) - Leslie 1981 (N= 210) - Rantz 1984: (N=328) - Rantz 1986 (N=328) Muestreo no especificado	TPP presente en los 5 estudios (no se especifica prevalencia): -En IVH 1985 ;Leslie 1981; Rantz 1984; Rantz 1986: 3er DE más prevalente - En Hallal 1985: 11º DE más prevalente

Se han localizado siete estudios de prevalencia de diagnósticos de enfermería en población anciana (Tabla 2). Se puede apreciar una marcada variabilidad en el nivel de prevalencia del diagnóstico TPP entre sus resultados. Esto es explicable debido a las diferencias existentes entre los estudios. En primer lugar, presentan datos de distintos ámbitos asistenciales. Cuatro de ellos (13-16) se centran en centros geriátricos y cuidados de larga duración, dos de ellos (17, 18) en el ámbito comunitario y uno (19) en el contexto hospitalario. Por otro lado, el perfil de los pacientes incluidos en las muestras de estudio también difiere de uno a otro. Cuatro de ellos (15, 17-19) incluyen exclusivamente a ancianos con demencia y deterioro cognitivo y tres (13, 14, 16) estudian a ancianos sin especificar si presentan o no alteraciones cognitivas.

Tabla 3. Estudios de prevalencia TTP en el ámbito comunitario

REFERENCIA	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLÓGICO	MUESTRA	PREVALENCIA TPP
Nieto y col., 2004 España	Atención domiciliaria	Descriptivo transversal Observación directa del paciente	N= 680 pacientes en atención domiciliaria Muestreo por conveniencia	Muestra total: 0,92% (n= 49)
Keenan y col., 2003 EEUU	Consulta de enfermería comunitaria	Descriptivo transversal Observación directa del paciente	N=319 sujetos atendidos en la consulta Muestreo por conveniencia	Muestra total: 2,2% (n= 3)
Clavería Señís, 1997 España	Atención domiciliaria	Descriptivo retrospectivo Revisión de historias clínicas (análisis de contenido codificación como DE)	N= 138 pacientes en atención domiciliaria Muestreo por conveniencia	Muestra total: 11,6% (n= 37) TPP fue el 8º DE más prevalente
Kang y col., 1994 EEUU	Consulta de enfermería de atención a familias con niños discapacitados	Retrospectivo descriptivo Revisión de registros de enfermería	N= 75 niños discapacitados Muestreo aleatorio	TPP dentro de los 5 DE más prevalentes (No se especifica prevalencia)

En la Tabla 3, se presentan los trabajos realizados en el ámbito comunitario, excluyendo a aquellos con población anciana ya presentados. Se observa una prevalencia de TPP mucho menor, no llegando al 3% en los estudios de Nieto y colegas (20) y Keenan y colegas (21) y sobrepasando ligeramente el 10% en el estudio de Clavería Señís (22). En esta tabla, además, se ha incluido el proyecto de Kang y colegas (23) desarrollado en una consulta de enfermería comunitaria en la que se atiende a niños discapacitados y a sus familias. Sus resultados muestran que TPP está dentro de los cinco diagnósticos enfermeros más prevalentes. Este es el único estudio en población infantil localizado.

Como era previsible, la prevalencia del diagnóstico TPP en unidades de hospitalización médico-quirúrgica es muy pequeña, en torno al 2% (Tabla 4). En los dos estudios liderados por Thoroddsen (24, 25) se analizan los diagnósticos de enfermería más frecuentes en varias unidades de hospitalización, siendo TPP uno de los menos prevalentes. Dé forma diferente, Karpiuk y colegas (26) encontraron una mayor frecuencia del diagnóstico TPP (22,3%) entre los pacientes con fractura de fémur. Este resultado podría estar relacionado con el perfil típico de los pacientes con fractura de cadera que suelen tener edad avanzada. Esto hace que presenten un mayor riesgo de sufrir delirium durante la hospitalización, lo que es coherente con la prevalencia de TPP.

Tabla 4. Estudios de prevalencia TPP en el ámbito hospitalario

REFERENCIA	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLÓGICO	MUESTRA	PREVALENCIA TPP
Thoroddsen y Ehnfors, 2007 Islandia	Unidades de hospitalización	Estudio pretest-postest tras intervención educativa sobre documentación y NNN Revisión de registros de enfermería	Pretest: N= 362 pacientes hospitalizados Postest: N=355 pacientes hospitalizados Muestreo por conveniencia	Pretest: TPP era el 9 DE más frecuente (n=37, 2,4%) Posttest: TPP no aparece entre los 10 más frecuentes (no se especifica prevalencia)
Thoroddsen y Thorsteinsson, 2002 Islandia	Unidades de hospitalización	Retrospectivo correlacional Revisión de historias clínicas (análisis de contenido codificación como DE)	N=1103 pacientes hospitalizados Muestreo selección aleatoria de registros	Muestra total: 2,3% (n=51) Dentro de los 20 DE más prevalentes (puesto 11)
Karpiuk y col., 1997 EEUU	8 hospitales regionales	Retrospectivo descriptivo Revisión de historias clínicas	N=188 pacientes con fractura de fémur Muestreo por conveniencia	Muestra total: 22,3% (n=42) TPP fue el 4º DE más prevalentes y uno de los 6 DE no resueltos más prevalentes

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras examinar los estudios encontrados, queda patente que no es extensa la evidencia sobre la prevalencia del diagnóstico TPP en diferentes poblaciones y contextos clínicos. Tras esta revisión, se podría concluir que el diagnóstico de enfermería TPP es muy frecuente en pacientes con alteraciones mentales, ya sean trastornos psiquiátricos o deterioros cognitivos y demencias. Esto hace que pueda ser un diagnóstico habitual en los ámbitos clínicos relacionados con la salud mental y la geriatría. Fuera de estos contextos, su prevalencia puede ser mucho menor. No obstante, en cualquier tipo de recurso asistencial se pueden encontrar pacientes con alteraciones cognitivas, ya sean agudas o crónicas, que presenten el diagnóstico TPP.

Sin embargo, a la hora de interpretar los resultados expuestos aquí, es necesario tener en consideración diversos aspectos sobre los estudios. Los 22 artículos presentados abarcan un periodo de tiempo muy extenso, de 1988 a 2011. Sólo dos artículos han sido publicados en los últimos cinco años. Aunque sí se pueden encontrar 13 publicados en la década de los 2000. En relación a la procedencia de los artículos, sorprenden principalmente dos aspectos. En primer lugar, es llamativo el discreto número de proyectos americanos encontrados ( $n=7$ ), frente a los 14 europeos. Dado que la taxonomía NNN fue desarrollada en EEUU y pese a que ésta ha tenido gran aceptación en varios países europeos, se podría haber esperado encontrar un predominio de artículos elaborados en el contexto americano. Cabe la posibilidad de que se haya omitido algún escrito relevante. Sin embargo, se ha realizado un esfuerzo por realizar una búsqueda lo más exhaustiva posible.

Los trabajos descritos abarcan diversos ámbitos y contextos sanitarios. Cabe mencionar que en aquellos centrados en salud mental, no se han encontrado proyectos en recursos asistenciales de tipo residencial y de larga estancia. Esto es coherente con el modelo actual de atención psiquiátrica que aboga por la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales, en contraposición al modelo de internamiento de larga estancia históricamente aplicado en psiquiatría (27, 28).

Desde el punto de vista metodológico, la mayoría de los artículos presentan algunas limitaciones. Una gran parte de estos estudios (5-7, 9-11, 14, 16, 19, 23, 26) examinan de forma retrospectiva la prevalencia de los diagnósticos de enfermería documentados en las historias clínicas y registros de enfermería. Estos diseños son muy frecuentes por su sencilla aplicación, y son una de las ventajas que ofrece la integración de la Taxonomía NNN en las historias clínicas informatizadas (1). Sin embargo, sus resultados deben ser considerados con cautela. Estos estudios ofrecen información sobre los problemas de los pacientes documentados, y no sobre la observación directa del estado del paciente. Se ha demostrado que uso de lenguajes estandarizados mejora la cantidad y calidad de los datos documentados (29). No obstante, también se ha constatado que el contenido de los registros de enfermería no

refleja el cuidado que realmente se les presta a los pacientes, ya que las enfermeras tienden a registrar menos actividades de las que realmente llevan a cabo (30, 31). Los estudios de prevalencia que identifican los diagnósticos mediante la valoración directa del paciente, aunque más complejos logísticamente, ofrecen un mayor grado de validez a los datos. Seis de los artículos analizados emplean este diseño (8, 13, 17, 18, 20, 21). La inclusión de un segundo observador en este tipo de estudios, incrementa la calidad del diseño (33). Únicamente un artículo constata que la valoración fue realizada por dos observadores (21).

Finalmente, otro aspecto a considerar es la limitada representatividad de las muestras de algunos estudios, debido por un lado a su reducido tamaño y por otro a que la selección de las muestras en la mayor parte de los casos ha sido realizada por conveniencia.

Como conclusión podemos afirmar que la evidencia, sobre la prevalencia del diagnóstico de enfermería TPP, muestra que es muy frecuente en pacientes con trastornos psiquiátricos o con deterioro cognitivo.

#### REFERENCIAS

1. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2010.
2. Gordon M, Sweeney MA. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*. 1979; 2(1): 1-16.
3. Escalada Hernández P, Muñoz Hermoso P, Marro Larrañaga I. La atención de enfermería a pacientes psiquiátricos NANDA-NIC-NOC: una revisión de la literatura. *Revista ROL de Enfermería*. 2013; 36(3): 166-77.
4. Frauenfelder F, Müller-Staub M, Needham I, Van Achterberg T. Nursing phenomena in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18(3): 221-35.
5. Ugalde Apalategui M, Lluçh Canut MT. Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las Taxonomías Enfermeras en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. [Informe de trabajo publicado bajo licencia Creative Commons. Diposit Digital de la Universitat de Barcelona, apartat Recerca.] 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/19207>.
6. Vilchez Esteve MC, Atienza Rodríguez E, Delgado Almeda M, González Jiménez J, Lorenzo Tojeiro M. Estandarización de los cuidados de enfermería en la esquizofrenia según el modelo conceptual de Nancy Roper. *Revista Presencia [Internet]*. (acceso: 20 Sept 2011). 2007; 3(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n5/62articulo.php>.
7. Abderhalden C, Needham I, Faust AM, Grywa D, Quiblier U, Stefan H, et al. [Nursing diagnoses in acute psychiatric wards in Switzerland and Austria: commonalities and differences]. *Pflege*. 2007; 20(3): 149-56.

**X** Simposium AENTDE. Sevilla 2014.

8. Sales Orts R, Costa Suarez A. Informe final de la ayuda de investigación ISCIII 2055-ETS-P190091 2007. Disponible en: <http://www.anesm.net/descargas/informe.pdf>.
9. Sevillano Arroyo MA, Ducret Crossier FE, Ferrenía Crespi M, García Vidal AM, Quirós de la Cruz S, Rey Pena MA. Análisis de los diagnósticos prevalentes en una unidad de agudos de psiquiatría. XXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental; 1, 2 y 3 de abril de 2004; Bilbao 2004.
10. Stefan H, Grywa D, Abderhalden C, Faust AM, Needham I, Quiblier U, et al. Nursing diagnoses in psychiatric acute wards in Switzerland and Austria. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003; 14(Sup. 4): S22-S3.
11. Lluch Canut MT, Sabadell Gimeno M, Puig Llobet M, Cencerrado Muñoz MA, Navas AlcalD, Ferret Canale M, et al. Diagnósticos enfermeros en pacientes con trastorno mental severo con seguimiento de enfermería en centros de salud mental. *Revista Presencia [Internet]*. (acceso 20 Sept 2011) 2009; 5(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n10/p7151.php>.
12. Boomsma J, Dingemans CA, Dassen TW. The nursing process in crisis-oriented psychiatric home care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1997 08; 4(4): 295-301.
13. Barrigüete Andreu MI, González Porras C. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en una residencia geriátrica. *Hygia*. 2005; 72: 50-4.
14. Daly JM, Maas M, Buckwalter K. Use of standardized nursing diagnoses and interventions in long-term care. *Journal of gerontological nursing*. 1995; 21(8): 29-36.
15. Maas ML, Buckwalter KC. A special Alzheimer's unit: Phase I baseline data. *Applied Nursing Research*. 1988; 1(1): 41.
16. Hardy M, Maas M, Akins J. The prevalence of nursing diagnoses among elderly and long term care residents: A descriptive comparison. *Recent Advances in Nursing*. 1988; 21: 144-58.
17. Kuzu N, BeÅÿer N, Zencir M, Åzahiner Tr, Nesrin E, Ahmet E, et al. Effects of a Comprehensive Educational Program on Quality of Life and Emotional Issues of Dementia Patient Caregivers. *Geriatric Nursing*. 2005 2005/12//; 26(6): 378-86.
18. Borges Teixeira M, Quintella Fernandes RA. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2003; 56(6): 619-23.
19. Park M, Delaney C, Maas M, Reed D. Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 47(3): 329-39.
20. Nieto García E, Domínguez Ruiz M, Casado Lollano A, Monleón Just M, Díz Gómez J, Sánchez Pérez C, et al. Diagnósticos enfermeros en la atención domiciliaria. *Metas de Enfermería*. 2004; 7(3): 6-12.

**X Simposium AENTDE. Sevilla 2014.**



21. Keenan G, Stocker J, Barkauskas V, Treder M, Heath C. Toward collecting a standardized nursing data set across the continuum: case of adult care nurse practitioner setting. *Outcomes Management*. 2003 Jul-Sep; 7(3): 113-20.
22. Clavería Señis M. Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliar socio-sanitaria. *Enfermería Científica*. 1997; 182-183: 49-54.
23. Kang R, Barnard K, Oshio S. Description of the clinical practice of advanced practice nurses in family-centered early intervention in two rural settings. *Public Health Nursing* 1994; 11(6): 376-84.
24. Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*. 2007 Oct; 16(10): 1826-38.
25. Thoroddsen A, Thorsteinsson HS. Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*. 2002 02/15/; 37(4): 372-81.
26. Karpiuk KL, Delaney CW, Ryan P. South Dakota statewide nursing minimum data set project. *Journal of Professional Nursing*. 1997; 13(2): 76-83.
27. Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 2001; 52(8): 1039-45.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.: Ministerio 2007. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf).
29. Muller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 56(5): 514-31.
30. Hale CA, Thomas LH, Bond S, Todd C. The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 6(3): 207-14.
31. Sales Orts R. Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de psiquiatría. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2005.
32. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Barcelona: Elsevier Mosby; 2012.
33. Fehring RJ. Methods of validate nursing diagnoses. *Hearth & Lung*. 1987; 16(6): 625-9.

**X** Simposium **AENTDE**. Sevilla 2014.

---

Escalada-Hernández, P., & Marín-Fernández, B. (2015). The nursing diagnosis disturbed thought processes in psychiatric patients: prevalence and associated characteristics.

*International Journal of Nursing Knowledge, in press, n/a-n/a.* doi: 10.1111/2047-3095.12091

JCR: 0.404

---

**Este artículo ha sido eliminado por restricciones de derechos de autor**

/

---

Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., González-Vargas, J. A., Fera-Raposo, I., . . . García-Manso, M. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research*, 28(2), 92-98. doi: 10.1016/j.apnr.2014.05.006  
JCR: 0.733

---

**Este artículo ha sido eliminado por restricciones de derechos de autor**

