

Validación de un formato para algunos diagnósticos de enfermería de interés en la familia

Validation of a format for some nursing diagnosis of interest in the family

Claudia Consuelo Domínguez-Nariño, Fabio Alberto Camargo-Figuera, Janeth Patricia Flórez-García, Lady Johana Domínguez-Torres, Diego Antonio Luna-Figueroa

Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander. Colombia.

RESUMEN

El objetivo fue determinar la validez de criterio de un formato de valoración de tamizaje para algunos diagnósticos de enfermería de interés en la familia. El diseño utilizado la Evaluación de Tecnologías o Pruebas Diagnósticas. Fueron estudiadas 204 familias de la ciudad de Bucaramanga, Colombia entre septiembre y octubre de 2008. Se realizó valoración de las familias, primero para sospechar la presencia de algunos diagnósticos de enfermería, seguido para la confirmación de la presencia de los diagnósticos de enfermería aplicables a la familia. Con dichos formatos se evaluaron 10 etiquetas diagnósticas NANDA-I. Para determinar la validez del formato de tamizaje se calcularon las características psicométricas que indicaban su validez de criterio. Como resultados principales se obtuvo la prevalencia de los diagnósticos de enfermería evaluados en la familia como conductas generadoras de salud, manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar, y los menos frecuentes fueron conflicto del rol parental, riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante niño. El instrumento de tamizaje resultó ser un instrumento válido para las etiquetas diagnósticas de NANDA-I incluidas en el estudio. Se alcanzó una buena validez de criterio.

Palabras clave: proceso de enfermería, diagnósticos de enfermería, valoración, familia.

ABSTRACT

The objective was to determine the validity of criteria about a screening assessment format for some nursing diagnoses of interest in the family setting. The design followed the Evaluation of Technologies or Diagnostic Tests model. Two

hundred four families from Bucaramanga city, Colombia were studied from September to October, 2008. The families were firstly assessed to verify the presence of some nursing diagnoses and then to confirm those diagnoses applicable to the family. With these formats, 10 diagnostic labels NANDA-I were evaluated. With the objective of determining the validity of screening formats, the psychometric characteristics indicating the validity of criteria were estimated. The main results were the prevalence of nursing diagnoses evaluated in the family setting such as health-generating behaviors, ineffective management of the family therapeutic regime, whereas the less common ones were controversy about the parent's role, risk of deteriorated link between the parents and the breast-fed child. The screening instrument proved to be valid for NANDA-I diagnostic labels included in the study since good validity of criteria was achieved.

Keywords: nursing process, nursing diagnosis, assessment, family.

INTRODUCCIÓN

Uno de los importantes centros de interés de enfermería, es comprender la relación familia-salud y para ello se requiere una visión holística, integral y de reflexión de los hechos de la vida familiar y su importancia en la salud. La salud familiar está enmarcada en su legado genético, psicológico, socio-histórico y cultural.^{1, 2}

Enfermería cuenta con una herramienta valiosa como lo es el proceso de atención de enfermería (PAE), definido este como un método científico que permite brindar cuidados de manera racional, lógica y sistemática y tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de la persona, la familia y las comunidades. El PAE se desarrolla en 5 etapas: valoración, diagnóstico del problema real o potencial que afecta a la familia (enunciado o etiqueta diagnóstica _ NANDA-I), planeación de los cuidados, ejecución del plan de cuidados y evaluación de dicho plan; en términos de la eficacia y efectividad y eficiencia.^{3, 4}

Al aplicar el PAE a la familia nos enfrentamos con un gran reto desde su primera etapa, pues es en la valoración donde se recogen y organizan los datos de la familia y su entorno; teniendo como fuente primaria de información a la familia y como segunda fuente la observación realizada por enfermería en el momento de la valoración. Es en esta primera etapa que los formatos de valoración se convierten en una herramienta importante para la recolección, organización y acceso a los datos y surge la necesidad de diseñar y validar desde enfermería un formato de valoración enfocado en la salud familiar.

En la bibliografía revisada encontramos que diversos estudios han validado formatos que valoran a individuos o a la familia desde el modelo de riesgo y no desde la promoción de la salud; algunos de ellos son: el diseño y validación de formatos de enfermería de valoración de tamizaje para: recién nacido,⁵ recién nacido y su agente de cuidado,⁶ recién nacido de alto riesgo,⁷ niños en edad escolar,⁸ la mujer gestante⁹ y el adulto,¹⁰ el instrumento para la investigación de la salud familiar y el riesgo familiar total 7-70,¹¹ el ecomapa, el familiograma y el APGAR familiar.¹²

Existen dos tipos de valoración; la valoración de tamizaje que permite reunir datos para sospechar diagnósticos de enfermería, base de nuestra investigación, y la valoración focalizada que permite recoger información sobre las características definitorias de un diagnóstico de enfermería sospechado con anterioridad y así confirmar o descartar su presencia.¹³

Es necesario que dicho formato de valoración cumpla con las características psicométricas de validez¹⁴ que permitan determinar los diagnósticos de enfermería presentes en la familia, y a su vez fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión a través de procesos investigativos que sustenten científicamente el quehacer profesional y oriente de una manera más efectiva el cuidado de enfermería a la familia. Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es determinar la validez de criterio de un formato de valoración de tamizaje para algunos diagnósticos de enfermería de interés en la familia aplicado en el escenario de la comunidad.

MÉTODOS

El diseño utilizado para realizar el presente estudio fue la Evaluación de Tecnologías o Pruebas Diagnósticas.^{15,16} La población objeto de estudio estuvo conformada por familias pertenecientes al área de influencia de algunos centros de atención primaria de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, Colombia. Se calculó un tamaño de la muestra en el subprograma Statcalc de Epi Info 6.04d¹⁷ teniendo en cuenta los siguientes criterios: un nivel de confianza del 95 %, una sensibilidad esperada de 80 %, considerando que el límite inferior del intervalo de confianza del 95 % debe estar sobre el 70 % dando como resultado un tamaño de la muestra de 204 familias.^{18,19}

La selección de las familias que participaron en el presente estudio fue por medio de un muestreo no probabilístico, por conveniencia, seleccionando de cada familia a un informante para la entrevista. Los criterios de inclusión fueron: miembros de familias en edades entre los 18 a 99 años, residentes en Bucaramanga o su área metropolitana y que la persona se encuentre presente en el momento de la valoración dentro de sus casas. Se excluyó del estudio aquellas familias en las que el representante o informante familiar que no estuviese en pleno uso de sus facultades mentales.

Para la valoración de las familias fueron elaborados dos instrumentos, el primero fue un formato de valoración de tamizaje que contó con 36 preguntas, este permitía a la enfermera, de manera rápida y sencilla sospechar la presencia de algunos diagnósticos de enfermería; el segundo fue un formato de valoración focalizada que contenía 45 preguntas que le indicaban a la enfermera, por medio de una valoración más extensa y focalizada, la confirmación de la presencia de los diagnósticos de enfermería, ambos formatos fueron diseñados para poder sospechar o determinar la presencia de las características definitorias de los diagnósticos de enfermería aplicables a la familia, información obtenida de las clasificación de diagnósticos de enfermería de NANDA-I-I²⁰ y recomendaciones para su valoración así como la indicación de características definitorias principales por parte de Cardenito.²¹

Con dichos formatos se evaluaron 10 etiquetas diagnósticas NANDA-I de interés en la práctica comunitaria de enfermería para su valoración en la familia y se obtuvieron variables socio demográficas de la familia y del entrevistado como edad, género, ocupación, tipología familiar, estrato socioeconómico, tipo de vivienda, servicios públicos. Las etiquetas diagnósticas utilizadas junto sus códigos para identificar en la familia fueron: 0084 Conductas generadores de salud, 00078

Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar, 00056 Deterioro del rol parental, 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el niño lactante, 00064 Conflicto del rol parental, 00098 Deterioro en el mantenimiento del hogar, 00073 Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido, 00073 Afrontamiento familiar incapacitante, 00063 Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo y 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador.

Los datos fueron recolectados en la entrevista a un representante de la familia donde previa lectura del consentimiento informado y aceptación verbal de participación en el estudio un investigador aplicó el formato de valoración de tamizaje para la sospecha diagnóstica y pasado 15 minutos de manera independiente otro investigador diferente al primero aplicó el formato de valoración focalizada. El periodo de recolección comprendió entre septiembre y octubre del año 2008, aplicando los formatos de valoración de tamizaje y focalizada a los 204 representantes de grupos familiares.

Para el procesamiento y calidad de los datos, se realizó una primera revisión de los formatos una vez diligenciados en busca de errores o inconsistencias y luego justo antes de la digitación en la base de datos de la encuesta. Los datos obtenidos en la primera valoración (formato valoración de tamizaje) y segunda valoración (formato de valoración focalizada) se consignaron en una base de datos doble e independiente en el programa Epi Info v.6.04d¹⁷ y se empleó el subprograma Check de Epi Info para restringir la captura de los datos y disminuir la presencia de errores en la digitación. Luego se confrontaron las dos bases de datos con el subprograma Validate de Epi Info con el objetivo de detectar errores en la digitación que se corrigieron antes de realizar el análisis de los datos.

Para el análisis se exportó la base de datos al programa Stata 10²² y se realizó un análisis descriptivo de las características generales de la población del estudio.²³ Las variables cualitativas (nominales y ordinales) fueron descritas en frecuencias absolutas y relativas; las variables cuantitativas se expresarán con media y derivación estándar. Para determinar la validez del formato de tamizaje de diagnósticos de enfermería enfocado en la valoración de la salud familiar, se calcularon las características psicométricas del formato que indicaban su validez de criterio,^{24,25} como especificidad (ES), sensibilidad (SE), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y sus respectivos intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %) para cada diagnóstico de enfermería, asumiendo como patrón de oro el formato de valoración focalizada y siendo la prueba o test a evaluar el formato de valoración de tamizaje. Adicionalmente se calcularon la eficiencia de la prueba, los valores de razón de probabilidad positiva de la prueba o likelihood ratio positivo y razón de probabilidad negativa de la prueba o likelihood ratio negativo y el área bajo la curva junto con sus IC 95 %.

El estudio cumplió con todas las recomendaciones éticas para la investigación en humanos, establecidas en la resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia (26) y de acuerdo a esta el presente estudio se clasificó como un estudio sin riesgo, dado que no realizaba intervención por ser de carácter observacional. Todos los participantes del estudio dieron su consentimiento informado. Ver anexo.

RESULTADOS

En este estudio se valoraron 204 miembros de grupos familiares de Bucaramanga y su área metropolitana. La edad mediana de los informantes familiares fue de 27 años, con un rango de 18 a 75 años; la ocupación del informante familiar fue principalmente empleado con 83 (40.69 %), estudiante 66 (32.35 %), hogar 27 (13.24 %), independiente 24 (11.76 %), pensionada 3 (1.47 %), cesante 1 (0.49 %).

En la tabla 1 se pueden observar la descripción de las principales características de las familias valoradas.

Tabla 1. Validez de constructo y consistencia interna de la escala y dimensiones del ISCEN en 34 enfermeros y 194 pacientes

Dimensión/ ítem	Carga factorial	% Varianza	α de Cronbach
Enfermeros			
<i>Intervenciones enfermeras</i>		57,82	0,84
1. Atención a las necesidades de cuidado expresadas por el paciente durante la noche	0,83		
2. Explicación al paciente de los procedimientos programados para la noche	0,81		
3. Asistencia al paciente cuando lo requirió durante la noche (ida al baño, realizar las necesidades en el baño, cambios de posición, etc.)	0,76		
4. Respeto por las necesidades individuales de alimentación e hidratación del paciente durante la noche	0,76		
5. Oportunidad de los pacientes de conversar con enfermería y manifestar las necesidades que tuvieran, incluyendo la falta de sueño	0,71		
6. Observación y monitoreo brindados al paciente durante la noche	0,68		
<i>Tratamiento médico</i>		74,54	0,66
7. Administración en los horarios establecidos de los tratamientos ordenados por el médico (alivio del dolor, medicamentos para el sueño, infusiones intravenosas, etc.)	0,86		
8. Resolución en tiempo razonable de nuevas necesidades de atención médica que el paciente manifestara durante la noche (dolor, no poder dormir, etc.)	0,86		
<i>Evaluación</i>		77,36	0,85
9. Satisfacción con el descanso nocturno de los pacientes	0,91		
10. Satisfacción con la seguridad de los pacientes durante la noche	0,88		
11. Percepción de la satisfacción general del paciente con el cuidado nocturno de enfermería	0,85		
Total (todos los ítems)			0,91
Pacientes			
<i>Intervenciones enfermeras</i>		50,62	0,80
1. Percepción del respeto de enfermería con los deseos de descanso nocturno	0,82		
2. Como resultado de la información recibida se siente tenido en cuenta en la planeación del cuidado nocturno	0,72		
3. Recibir ayuda del personal de enfermería cuando fue necesario (ir al baño, cambio de posición, etc.)	0,71		
4. Respeto de enfermería hacia las necesidades individuales de alimentación e hidratación	0,70		
5. Oportunidad de comunicar a enfermería cualquier problema que estuviera presentando durante la noche, incluyendo la ansiedad o el insomnio	0,67		
6. Supervisión que recibió durante la noche por enfermería	0,64		
<i>Tratamiento médico</i>		70,28	0,57
7. Cumplimiento con los horarios de administración del tratamiento ordenado por el médico (alivio del dolor, medicamentos para el sueño, líquidos intravenosos, etc.)	0,70		
8. Recibir en tiempo razonable tratamiento médico para un problema de salud nuevo que surgió durante la noche (dolor o le costaba dormir, por ejemplo)	0,70		
<i>Evaluación</i>		66,33	0,73
9. Satisfacción con el descanso durante la noche	0,89		
10. Percepción de seguridad durante la noche	0,81		
11. Satisfacción general con los cuidados de enfermería que recibió durante la noche	0,74		
Total (todos los ítems)			0,88

El formato de valoración de tamizaje de diagnósticos de enfermería enfocado en la salud familiar presentó: Una sensibilidad por encima del 90% en 4 de los 10 diagnósticos de enfermería; siendo los valores más altos para los diagnósticos: riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño, conductas generadoras de salud, riesgo de cansancio del rol de cuidador, conductas generadoras de salud entre otros. La sensibilidad más baja fue para el diagnóstico deterioro del rol parental. La especificidad en 7 de los 10 diagnósticos de enfermería estuvo por encima del 90%, siendo los valores más altos para riesgo de

deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño, deterioro del rol parental y procesos familiares disfuncionales: alcoholismo entre otros y el más bajo fue para el diagnóstico conductas generadoras de salud. Los demás resultados de la validez de criterio del formato de valoración de enfermería de tamizaje se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Propiedades de la validez de criterio, su rendimiento y valores operativos del formato de valoración de tamizaje para los diagnósticos de enfermería enfocados en la salud familiar

DIAGNÓSTICO	SE (IC95%)	ES (IC95%)	VPP %	VPN %	LR (+)	LR (-)	Eficiencia %	ABC (IC95%)
0084 Conductas Generadoras de Salud	97.3 % (93.1 - 99.2)	51.7 % (38.2 - 65)	83.5	88.2	2.0	0.05	84.3	0.75 (0.68 - 0.71)
00078 Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico Familiar	76 % (66.3 - 84.2)	89.8 % (82.5 - 94.8)	86.9	80.8	7.5	0.27	83.3	0.82 (0.78 - 0.8)
00056 Deterioro del Rol Parental	57.1 % (34 - 78.2)	98.9 % (96 - 99.9)	85.7	95.2	51.4	0.43	94.5	0.78 (0.67 - 0.9)
00058 Riesgo de Deterioro de la Vinculación entre los Padres y el Lactante Niño	100 % (66.4 - 100)	99.5 % (97.1 - 100)	90	100	189	0.	99.5	0.99 (0.99 - 1)
00064 Conflicto del Rol Parental	90.9 % (58.7 - 99.8)	97.4 % (85.1 - 100)	66.7	99.5	34.4	0.09	97.0	0.94 (0.85 - 1)
00098 Deterioro en el Mantenimiento del Hogar	61.9 % (38.4 - 81.9)	94.5 % (90.1 - 97.3)	56.5	95.6	11.3	0.4	91.1	0.78 (0.67 - 0.89)
00073 Afrontamiento Familiar Ineficaz: Comprometido	88.9 % (65.3 - 98.6)	93.5 % (89 - 96.6)	57.1	98.9	13.8	0.1	93.1	0.91 (0.84 - 0.98)
00073 Afrontamiento Familiar Incapacitante	82.9 % (66.4 - 93.4)	81.7 % (75 - 87.2)	48.3	35.2	4.52	0.21	81.9	0.82 (0.75 - 0.89)
00063 Procesos Familiares Disfuncionales: Alcoholismo	89.7 % (72.6 - 97.8)	98.9 % (95.9 - 99.9)	92.9	98.3	78.4	0.1	97.6	0.94 (0.89 - 1)
00062 Riesgo de Cansancio del Rol de Cuidador	95.8 % (78.9 - 99.9)	94.4 % (90.0 - 97.3)	69.7	99.4	17.2	0.04	94.6	0.95 (0.90 - 0.99)

SE = Sensibilidad, ES = Especificidad, IC95% = Intervalo de confianza del 95%, ABC = Área bajo la curva, VPP = Valor predictivo positivo, VPN = Valor predictivo negativo, LR(+) = Razón de probabilidad positiva de la prueba o likelihood ratio positivo, LR(-) = Razón de probabilidad negativa de la prueba o likelihood ratio negativo.

A partir de la aplicación del formato de valoración focalizada se pudo obtener la prevalencia de los diagnósticos de enfermería evaluados en la familia, siendo los más prevalentes, conductas generadoras de salud, manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar, y los menos frecuentes fueron conflicto del rol parental, riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante niño, como se puede observar en la tabla 3.

Tabla 3. Prevalencia de diagnósticos de enfermería de interés en la familia de acuerdo al formato de valoración focalizada

DIAGNÓSTICO	n	%	IC 95%
0084 Conductas Generadoras de Salud	146	72	65 - 77.6
00078 Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico Familiar	96	47.1	40 - 54.2
00073 Afrontamiento Familiar Incapacitante	35	17.2	12 - 23
00063 Procesos Familiares Disfuncionales: Alcoholismo	29	14.2	9.73 - 19.8
00062 Riesgo de Cansancio del Rol de Cuidador	24	12	7.7- 17.1
00098 Deterioro en el Mantenimiento del Hogar	21	10.4	6.5 - 15.5
00056 Deterioro del Rol Parental	21	10.4	6.6 - 15.5
00073 Afrontamiento Familiar Ineficaz: Comprometido	18	8.8	5.3 - 13.6
00064 Conflicto del Rol Parental	11	5.5	2.8 - 9.63
00058 Riesgo de Deterioro de la Vinculación entre los Padres y el Lactante/Niño	9	4.5	2.1 - 8.45

DISCUSIÓN

El objetivo central del presente estudio fue determinar la validez de criterio de un instrumento de valoración de tamizaje utilizado para algunos diagnósticos de enfermería de interés en la familia aplicado en el ámbito comunitario, con el fin de contribuir a la utilización y práctica del lenguaje estandarizado por medio del proceso de enfermería en la valoración de la salud familiar y permitiendo así el fortalecimiento de un cuerpo de conocimientos propio de la ciencia enfermera,²⁷ porque de acuerdo con lo que afirma Gordon sin un lenguaje la enfermería es invisible, sin un lenguaje de diagnóstico, la práctica profesional se reduce a la mera descripción de tareas utilizadas en la intervención.²⁸

El PAE tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de la persona, la familia y las comunidades, por tal motivo se hace necesario el tener un instrumento propio de valoración válido. Todo esto justificado en el hallazgo de la escasa literatura acerca de instrumentos de valoración de la familia para la evaluación de diagnósticos de enfermería, algunos de ellos dirigidos a la comunidad,²⁹ al cuidado en el hogar,³⁰ otros dirigidos a la familia pero realizando valoración desde los patrones de salud de Gordon,^{31,32} aunque en ninguno de los artículos antes citados se muestran resultados de evaluación de las propiedades de cualquier tipo de validez como lo hace el presente trabajo.

Estos resultados buscan, como lo afirma Pérez-Giraldo,³³ motivar a los profesionales de enfermería para que retomen a la familia como objeto, medio y fin del cuidado; siendo la familia una entidad que puede en sí misma necesitar de la enfermera para el manejo de respuestas humanas en un proceso continuo de salud o enfermedad, y donde el uso de un formato de valoración de tamizaje facilitara la atención domiciliar de la familia, brindando una atención integral y de calidad, logrando enfermería fortalecer su independencia y reconocimiento como pilar fundamental en el sistema de salud para la atención de la familia en la comunidad. Y donde una vez los diagnósticos de enfermería sean establecidos se puedan determinar las áreas de intervención enfermera y así dirigiendo la atención a las familias orientando los cuidados al mantenimiento y la mejora de la salud familiar, facilitando su adaptación en momentos de crisis, ayudándolas a determinar y usar los recursos disponibles para la toma de decisiones en las estrategias de afrontamiento adecuadas.³⁴

Las enfermeras disponen de herramientas para su actuación y evaluación en la atención de enfermería a la familia, para ello cuentan con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería³⁵ y la Clasificación de Resultados de Enfermería.³⁶ En la Clasificación de Intervenciones de Enfermería³⁵ el campo cinco recopila las destinadas a la familia, agrupándolas en tres clases: cuidados de un nuevo bebé, cuidado de crianza de un nuevo bebé y cuidado de la vida. Los resultados³⁶ describen el estado, la conducta o el funcionamiento de la salud de la familia en conjunto o, de forma individual, el de cada uno de sus miembros, clasificados en estado del cuidador familiar, estado de salud de los miembros de la familia y bienestar familiar. Siendo así, unas veces establecidos los diagnósticos, las intervenciones y los resultados de enfermería la enfermera podrá determinar su eficacia y su impacto en la salud familiar, realizando ensayos clínicos aleatorizados así como estudios anteriores lo han hecho con la intervención individual.^{37, 38, 39}

En esta investigación se determinó por primera vez los valores operativos de un formato de valoración de enfermería para tamizar o sospechar algunos diagnósticos de enfermería en la familia, teniendo como prueba de referencia a la valoración de enfermería focalizada, dando resultados satisfactorios. El instrumento de tamizaje para estos 10 diagnósticos de enfermería en la familia, resultó ser una prueba diagnóstica válida, donde según los hallazgos encontrados se demuestra que todas las etiquetas diagnósticas de NANDA-I alcanzaron un alto grado de validez de criterio, evidenciada en altos valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos, likelihood ratio, eficiencia y área bajo la curva. La mayoría de los valores operativos de validez estuvieron por encima de aquellos ideales para este tipo de estadísticos,⁴⁰ mayores de 70 % y específicamente para los valores de likelihood ratio positivo se logro valores por encima del ideal de =10 en 7 de los 10 diagnósticos de enfermería y para los valores de likelihood ratio negativo un valor ideal de =0.10 fue obtenido para 4 de los 10 diagnósticos de enfermería.⁴¹

Así mismo, se determinó por primera vez a través de un formato de valoración de enfermería focalizada la prevalencia de algunos diagnósticos de enfermería aplicables a la familia en una ciudad intermedia de Colombia. Evidenciando el potencial de intervención enfermera en la familia donde un 80% de la muestra presentó el diagnóstico de Conductas generadores de salud, llamando la atención este resultado, dado que es un diagnóstico positivo y bienestar. Al igual, una alta prevalencia fue reportada para el diagnóstico Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar, donde casi la mitad de las familias participantes lo presentaron, y haciendo necesaria la implementación de programas de atención primaria en salud que vinculen a la familia con el objetivo de mejorar la adherencia no solo a la medicación sino también a la totalidad del régimen terapéutico instaurado en la familia.

Probablemente, este es solo el comienzo de una nueva generación de conocimiento y apertura a este campo de acción para el profesional de enfermería, que al tomar a la familia como sujeto de su cuidado, apoya los esfuerzos nacionales por fortalecer la salud familiar y comunitaria, haciendo énfasis en la promoción de la salud y de los espacios y estilos de vida saludables.

Finalmente, a consideración de los autores de esta investigación, sugerimos, se continúe con la investigación de lenguaje estandarizado de enfermería NANDA-I-NIC-NOC, para lograr que un futuro cercano, esta herramienta diagnóstica alcance una mayor validez de criterio y reproducibilidad, este último no fue contemplado para este estudio y que consideramos es pertinente se incluya en posteriores ajustes del mismo.

Se hace necesario que enfermería evalúe sus herramientas de valoración con el fin tener instrumentos válidos y de contribuir a su cuerpo de conocimiento, su lenguaje estandarizado NANDA-I, NIC, NOC, así como el uso del método científico enfermero, el PAE, fortaleciéndose como ciencia. Aquí los hallazgos permiten recomendar el uso del formato de valoración de tamizaje para determinar la presencia de algunos diagnósticos de enfermería en la familia que facilitara la atención de enfermería a la familia en la comunidad, orientando los cuidados al mantenimiento y la mejora de la salud familiar.

En esta investigación se demuestran las buenas propiedades psicométricas de un formato de valoración de enfermería para tamizar algunos diagnósticos de enfermería en la familia, teniendo como prueba de referencia a la valoración de enfermería focalizada. El instrumento de tamizaje resultó ser un instrumento válido para las etiquetas diagnósticas de NANDA-I incluidas en el presente estudio, alcanzando una buena validez de criterio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Louro-Bernal I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana Salud Pública 2005;31(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_4_05/spu11405.htm
2. Louro-Bernal I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi05304.htm
3. Ibáñez-Alfonso LE, Sarmiento LV. Proceso de enfermería. Ediciones Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. 2003.
4. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4a ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.
5. Orozco LC, Ortiz LM, Saavedra SM, Villamizar B. Validez y reproducibilidad del formato de tamizaje para la valoración del recién nacido. Archivo Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. 2002.
6. Dulcey AI, Gómez KL, Orozco LC, Villamizar B. Diseño y validez de un formato de valoración de tamizaje para recién nacido y su agente de cuidado. Archivo Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. 2001.

7. Avellaneda E, Orozco LC, Rivero SJ, Romero LF, Villamizar B. Validez y reproducibilidad de un formato de valoración de Enfermería para el recién nacido de alto riesgo. Archivo Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. 2003.
8. Barbery E, Castellanos SM, Nuñez XM, Saavedra Z, Villamizar B, Orozco LC. Validez y reproducibilidad de un formato de valoración de enfermería en niños en edad escolar. Archivo Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. 2005.
9. Orozco LC, Pinilla E, Archila CA, Ardila J, Bustos G, Corredor O, et al. Validez y reproducibilidad del formato de valoración de enfermería de la mujer gestante. Archivo Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. 2004.
10. Orozco LC, Cala LP, Flórez A. R, Isaza Y, Noriega OE. Validación de un formato de valoración de enfermería del adulto. Archivo Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. 2001.
11. Amaya P. Instrumento para la Investigación de la Salud Familiar-IPSF GEN25 Y GES 19; y el Riesgo Familiar Total 7-70. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 1998.
12. González de Acuña Y, Aldana Y. Herramientas para la valoración familiar. Facultad de Enfermería, Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia. 2007.
13. Cáceres-Manrique F, Puerto-Pedraza H. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas en tratamiento oncológico. Invest Educ Enferm. 2008;26(2):212-217.
14. Pita-Fernández S. Pértegas-Díaz S. Pruebas diagnósticas. Cad Aten Primaria 2003;10:120-124.
15. Castro M, Castro MI. Evaluación de tecnologías diagnósticas: conceptos básicos en un estudio con muestreo transversal. Revista col de obst y ginecol 2005;58(1):42-52.
16. Orozco L, Camargo D. Evaluación de tecnologías diagnósticas y tipos de muestreos. Biomédica 1997;17(4):321-324.
17. CDC de Atlanta. Epi Info (programa de ordenador) versión 6.04d. Atlanta (Georgia): Epidemiología en ordenadores; 2001.
18. Flahault A, Thomas G, Cadilhac M. Sample size calculation should be performed for design accuracy in diagnostic test studies. J Clin Epidemiology 2005; 58:859_862.
19. Kottner J, Muris J. Assessment of the accuracy of diagnostic tests: The cross-sectional study. J Clin Epidemiology 2003; 56:1118_1128
20. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I). Diagnósticos enfermeros de la NANDA-I. Definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid, Harcourt, 2001

21. Carpenito-Moyet LJ. Handbook of Nursing diagnosis. Edition 11. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2006.
22. StataCorp. Stata statistical software: Release 10.1. College Station, TX: Stata Corporation; 2008.
23. Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. Salud pública Méx. 2000; 42(4): 337-348.
24. Orozco-Vargas LC. Medición en Salud, Diagnóstico, Evaluación de resultados, un manual crítico más allá de lo básico. Bucaramanga Colombia: Publicaciones UIS; 2010.
25. Escrig-Sos J, Martínez-Ramos D, Miralles-Tena JM. Pruebas diagnósticas: nociones básicas para su correcta interpretación y uso. Cir Esp. 2006;79(5):267-73.
26. Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución número 008430 del 4 de octubre de 1993.
27. Orozco-Vargas LC. El ser y el quehacer de enfermería. ¿qué hacer? Actual. Enferm. 2005;8(1):14-19.
28. Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 12 edition. Boston: Jones & Bartlett Learning. 2009.
29. Nettle C, Laboon P, Jones N, Pavelich J, Pifer P, Beltz C. Community nursing diagnosis. J Community Health Nurs. 1989;6(3):135-45.
30. Zink MR. Nursing diagnosis in home care: audit tool development. J Community Health Nurs. 1994;11(1):51-8.
31. Donnelly E. Family health assessment. Home Healthc Nurse. 1993 Mar-Apr;11(2):30-7.
32. Nettle C, Pavelich J, Jones N, Beltz C, Laboon P, Pifer P. Family as client: using Gordon's health pattern typology. J Community Health Nurs. 1993;10(1):53-61.
33. Pérez-Giraldo Beatriz. El cuidado de enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Aquichan 2002;2(1):24-26.
34. Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M, Sáez-Bueno A. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. Enferm Clin. 2009 Sep-Oct;19(5):280-3.
35. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4.a ed. Madrid: Elsevier; 2005.
36. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4.a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
37. Rojas-Sánchez OA, Rueda-Díaz LJ, Vesga-Gualdrón, LM, Orozco-Vargas LC, Forero-Bulla CM, Camargo-Figuera FA. Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico "manejo inefectivo del régimen terapéutico". Enferm Clin. 2009;19(6):299-305

38. Pinilla-Gómez E, Cáceres-Manrique FDM, Orozco-Vargas LC. Gradiente dosis respuesta de las intervenciones de enfermería para el control del temor en gestantes. Rev Cubana Enfermer. 2010;26(2):27-36.
39. Romero-Guevara SL, Sanabria-Estupinan JP, Rueda-Diaz LJ. Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado en el hogar. Rev Cubana Enfermer 2011;27(1):20-30.
40. Kraemer H Ch. Evaluating medical tests. Objective and guidelines. California USA: Sage publications, Inc. Newbury Park. 1992.
41. Deeks JJ, Altman DG. Diagnostic tests 4: likelihood ratios. BMJ 2004;329:168-169.

Recibido: 20 de abril de 2012.
Aprobado: 25 de mayo de 2012.

Correspondencia:

Claudia Consuelo Domínguez Nariño. Universidad Industrial de Santander.
Teléfono: (57) (7) _ 6345745. Dirección: Carrera 32 #29-31 PISO 5, Bucaramanga, Santander, Colombia.

E Mail: ccdamin@uis.edu.co