 <https://orcid.org/0000-0003-2691-3492>

Hirano GSB, Silva VM, Barros ALBL. Update of the Situation-specific Theory for health management in heart failure: Delphi study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2025;33:e4554 [cited ____ano ____mês ____dia ____URL]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7663.4554>

Introdução

A lo largo del último siglo, la enfermería ha evolucionado de una ocupación a una profesión, lo que ha generado un creciente interés en construir un cuerpo de conocimiento propio, dejando atrás el empirismo para fundamentar la práctica clínica en evidencias científicas. Con la cientificación de la profesión, se comenzaron a desarrollar teorías de enfermería con el propósito de comprender mejor los fenómenos y las respuestas humanas que son de interés para la enfermería⁽¹⁻²⁾. Las teorías de enfermería consisten en un conjunto de conceptos y proposiciones que ayudan a explicar, predecir y prescribir cuidados de enfermería, es decir, sustentan los saberes y la práctica de la enfermería, siendo, por lo tanto, fundamentales para el desarrollo de la profesión⁽¹⁾.

Las teorías de enfermería pueden clasificarse, según su nivel de abstracción, en grandes teorías (más abstractas), teorías de alcance medio (nivel intermedio de abstracción) y teorías de situación específica (menos abstractas) o teorías prácticas, dependiendo de la literatura consultada. El término "teorías de situación específica" (TSE) fue utilizado por primera vez en 1999 por Im y Meleis, al describir teorías menos abstractas que las teorías de alcance medio y dirigidas a poblaciones y situaciones específicas que pudieran ser más fácilmente aplicables en la práctica clínica del enfermero⁽³⁾. Las propiedades de una TSE, descritas por Im y Meleis, son: bajo nivel de abstracción; reflexión sobre un fenómeno específico de enfermería, contexto, conexión prontamente accesible a la investigación y práctica de enfermería, reflejo de diversidades en el fenómeno de enfermería y generalización limitada⁽³⁾.

Para determinar la relevancia y calidad de una teoría, se sugiere que sea sometida a una evaluación de sus elementos intrínsecos o a una validación clínica a partir de pruebas empíricas⁽⁴⁾. La evaluación de sus elementos debe determinar si el enfoque epistemológico está en consonancia con lo esperado, según la referencia utilizada. Debido a la especificidad del tema, someter una teoría de enfermería a una evaluación de sus elementos intrínsecos puede ser una tarea ardua, ya que es necesario que los evaluadores posean una alta experiencia en este campo. De esta manera, se hace necesaria la elección de métodos de evaluación que sean no solo confiables, sino también viables desde el punto de vista metodológico.

La evaluación de una teoría, también denominada validación, es el principal método para verificar su calidad y adecuación a criterios preestablecidos, además de señalar necesidades de mejora para facilitar su aplicación. Dicha validación puede ser desde una perspectiva interna, es decir, aquella que verifica la adecuación de sus elementos

intrínsecos, o externa, a través de pruebas empíricas en las que pueden utilizarse diversos autores como guía⁽⁵⁾, así como diferentes estructuras pueden emplearse para este tipo de análisis⁽⁶⁻⁷⁾. En el caso de las teorías de situación específica, puede utilizarse como guía la estructura que describe con mayor detalle las características de este tipo particular de teoría^(3,8).

En 2023, se publicó la TSE para el control de la salud en la insuficiencia cardíaca (IC), una TSE cuyo objetivo es describir cómo ocurre el control de la salud de los pacientes con IC y los factores que influyen en este control, utilizando conceptos provenientes de los lenguajes estandarizados NANDA (*NANDA-International*), NIC (*Nursing Interventions Classification*) y NOC (*Nursing Outcomes Classification*), además de la Teoría del Déficit del Autocuidado de Orem⁽⁹⁾. La IC es una enfermedad crónica y progresiva, cuyos síntomas y signos resultan de cualquier compromiso estructural o funcional del llenado o eyección de la sangre por los ventrículos⁽¹⁰⁾. Su tratamiento implica un seguimiento multiprofesional, el uso de polifarmacia y, con frecuencia, el uso de dispositivos para el control de arritmias o asistencia ventricular, lo que exige del individuo una buena adherencia a la terapia, además del reconocimiento de los síntomas de descompensación de la enfermedad⁽¹¹⁾. El concepto central de la mencionada TSE fue el "control de la salud", considerando que, a pesar de la importancia de un buen control de la salud para la reducción de hospitalizaciones y la mejora de la calidad de vida, la literatura muestra que estos individuos presentan dificultades para gestionar adecuadamente su salud⁽⁹⁾. Dicha teoría fue construida entre 2019 y 2020 y, al considerar que una TSE debe presentar la estructura propuesta en la literatura⁽³⁾, lo que incluye su fácil aplicación en la práctica clínica, se optó por someterla a la evaluación de especialistas para verificar su adecuación a los criterios de TSE descritos en la literatura, además de otros criterios referentes a las teorías de enfermería en general^(3,7).

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir el proceso de análisis de los elementos intrínsecos de la TSE para el control de la salud en la insuficiencia cardíaca y presentar su respectiva actualización.

Método

Diseño del estudio

Para la realización del análisis de la teoría construida, se aplicó la técnica Delphi, una herramienta cuyo objetivo es obtener consenso entre expertos, mediante una serie de cuestionarios, sobre un tema complejo⁽¹²⁾. La elección del método se debió a la escasez de metateoristas en

el contexto brasileño que pudieran contribuir con la evaluación de la teoría y, según sugiere la literatura, la obtención de consenso de un pequeño grupo de expertos puede ser útil para alcanzar resultados consistentes, aunque su uso en la validación de teorías de enfermería aún sea limitado⁽⁵⁾. De acuerdo con la literatura, no existe un consenso sobre la cantidad mínima de individuos a ser seleccionados como jueces ni sobre los criterios que deben aplicarse para su elección, quedando a criterio de los investigadores⁽¹²⁾. Estudios similares han utilizado de tres a siete jueces⁽¹³⁻¹⁴⁾, y para este estudio, los autores acordaron que sería necesario un mínimo de 12 expertos, considerando la posible pérdida de participantes en cada ronda⁽¹⁵⁾. Para la presentación de las etapas del estudio, se utilizó la lista de verificación SQUIRE⁽¹⁶⁾.

Criterios de selección de los expertos

El reclutamiento de los jueces se realizó combinando datos provenientes de nuestra experiencia en investigación y mediante la búsqueda en la Plataforma Lattes del portal del *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPq). Se seleccionaron enfermeros cuya experiencia abarcaba conocimientos en Enfermería en Cardiología, teorías de Enfermería, insuficiencia cardíaca y/o terminologías de Enfermería. Para la selección de los expertos, se consideró no solo el conocimiento sobre la

construcción de teorías en sí, sino también el conocimiento sobre la población estudiada y sobre la estructura que sustentó la construcción de sus conceptos (sistemas de lenguajes estandarizados de enfermería).

Los expertos fueron caracterizados según su edad y sexo y, para su caracterización en cuanto a formación académica y experiencia clínica y docente, se adoptaron los criterios establecidos por Benner, Tanner y Chesla⁽¹⁷⁾ en 2009 para la selección y clasificación de los jueces: la experiencia práctica se determinó por el tiempo de actuación en Cardiología; y la experiencia académica, por la participación en grupos de investigación sobre Cardiología, lenguajes estandarizados y/o teorías de Enfermería, así como por la producción de conocimiento y la publicación de artículos o trabajos científicos en las temáticas mencionadas. Cabe destacar que los intervalos construidos para los tiempos de práctica y enseñanza fueron establecidos por los propios autores a partir de los años completos mínimo y máximo presentados por los jueces. El criterio de "cualificación" recibió puntuaciones de 1 a 5 (1 – grado; 2 – residencia; 3 – maestría; 4 – doctorado; 5 – posdoctorado). Para el criterio "investigación para titulación" y "publicación de artículos" en las temáticas sugeridas, se asignó una puntuación de 0 para ausencia y 1 para presencia. El nivel de expertise se calculó mediante el promedio simple de las puntuaciones obtenidas, según se presenta en la Figura 1.

Puntaje	Tiempo de práctica (W)*	Tiempo de enseñanza (X)†	Grupo de investigación (Y)‡	Conocimiento científico (Z)§		
				Cualificación (Z ₁)	Investigación para titulación (Z ₂)¶	Publicación de artículos (Z ₃)**
0	-	-	No	-	No	No
1	1-6	0-4	Sí	Grado	Sí	Sí
2	7-12	5-9	-	Residencia	-	-
3	13-18	10-14	-	Maestría	-	-
4	19-24	15-19	-	Doctorado	-	-
5	25 o más	20 o más	-	Posdoctorado	-	-

*W = Años (intervalo construido a partir de los tiempos mínimos y máximos de práctica); †X = Años (intervalo construido a partir de los tiempos mínimos y máximos de experiencia en enseñanza); ‡Y = Participación en grupos de investigación sobre la temática; §Z = Formación y producción científica sobre la temática; ||Z₁ = Formación académica; ¶Z₂ = Disertación o tesis sobre la temática; **Z₃ = Artículos publicados sobre la temática

Figura 1 - Parámetros para la clasificación de los jueces según el nivel de expertise de Benner, Tanner y Chesla. São Paulo, Brasil, 2022

Estos parámetros llevaron a la clasificación de los jueces según el nivel de expertise⁽¹⁷⁾, como se describe en la Figura 2.

La invitación, enviada por correo electrónico, incluyó la descripción de los objetivos del estudio y

el Consentimiento Informado (CI). Tras la aceptación y firma del CI, los jueces seleccionados recibieron la teoría en su totalidad y completaron el instrumento de análisis. La recolección de datos se realizó entre agosto de 2021 y abril de 2022.

Puntaje	Nivel	Descripción
0 – 3,6	Novato	No tiene experiencia y adopta comportamientos guiados por normas y reglas, necesitando ayuda para establecer un orden de prioridades. En esta categoría se incluyen estudiantes y profesionales que acaban de ingresar en el área.
3,7 – 7,2	Principiante avanzado	Profesionales que ya han enfrentado un número suficiente de situaciones prácticas para observar los componentes significativos y recurrentes. Pueden establecer principios que orienten sus iniciativas regulares y directrices a seguir.
7,3 – 10,8	Competente	Profesionales con dos o tres años de experiencia en las mismas circunstancias, capaces de evaluar sus propias iniciativas. Aunque aún carecen de flexibilidad suficiente, comienzan a sentirse preparados para afrontar situaciones.
10,9 – 14,4	Proficiente	La experiencia acumulada les permite percibir espontáneamente las situaciones en su conjunto, lo que les ayuda a identificarlas con precisión y a ser más eficientes en la toma de decisiones.
14,5 - 18	Experto	No necesita un principio analítico, ya que capta las situaciones de forma intuitiva, se centra en el núcleo del problema y actúa basándose en un conocimiento global de la situación. Es esencial el registro sistemático de la actividad clínica para generar nuevos conocimientos. No todos los profesionales alcanzan este nivel.

Figura 2 - Nivel de expertise de los jueces. São Paulo, Brasil, 2022

Elementos evaluados por los expertos

Los elementos incluidos en el instrumento de análisis correspondían a aquellos sugeridos por la literatura^(3,7).

Según la literatura, las teorías de situación específica deben contener las siguientes propiedades⁽³⁾:

- *Bajo nivel de abstracción*: menos abstractas que las teorías de alcance medio y más abstractas que los relatos de experiencia, *guidelines*, protocolos, planes de cuidados y planes de acción;

- *Reflexión de un fenómeno específico de Enfermería*: refleja un campo particular de la práctica; tiene como objetivo desarrollar y comprender poblaciones específicas y proporciona estructuras o diseños para la acción;

- *Contexto*: debe abordar el contexto social, histórico y cultural; su alcance está limitado a situaciones o poblaciones específicas;

- *Conexión prontamente accesible a la investigación y práctica de Enfermería*: debe proporcionar un vínculo entre teoría, investigación y práctica;

- *Reflexión de diversidades en el fenómeno de Enfermería*: debe incluir diversidades que aborden no solo aspectos culturales y políticos, sino también género, religiosidad, educación, entre otros;

- *Generalización limitada*: al reflejar diversidades y complejidades de un fenómeno específico de Enfermería, la generalización es limitada;

Una teoría también puede ser evaluada en cuanto a su significancia y adecuación pragmática, así como en relación con sus elementos de consistencia interna, parsimonia, adecuación empírica y adecuación pragmática⁽⁷⁾:

- *Significancia*: justifica la importancia de la teoría para la disciplina de Enfermería;

- *Consistencia interna*: evalúa si los conceptos de la teoría presentan claridad y consistencia semántica;

- *Parsimonia*: este criterio exige que una teoría sea expresada de la manera más concisa posible, sin simplificar excesivamente los fenómenos de interés. Es decir, se considera ideal que sean necesarios pocos

conceptos y proposiciones para explicar completamente los fenómenos de la teoría;

- *Adecuación pragmática*: analiza la utilidad de la teoría en la práctica. Al revisar sus descripciones, se evalúa si realmente puede aplicarse en el mundo real, en la práctica clínica, es decir, su viabilidad.

La adecuación empírica, también sugerida por el marco de referencia utilizado⁽⁷⁾, no fue evaluada, ya que analiza si las afirmaciones hechas por la teoría son congruentes con las evidencias empíricas encontradas en estudios que la utilizan como base para la investigación. Esto no era posible en este caso, ya que se trataba de una teoría recién construida.

Las propiedades de las TSE y los criterios de significancia y adecuación pragmática fueron aplicados a la teoría en su conjunto. Los conceptos fueron evaluados en relación con la consistencia interna, mientras que las proposiciones y supuestos fueron evaluados en términos de parsimonia.

El análisis del pictograma se realizó utilizando los siguientes criterios⁽⁶⁾:

- Representación gráfica y visual de la teoría;
- Representación lógica;
- Claridad.

Cada elemento fue evaluado en términos de frecuencia y proporción de concordancia, considerándose adecuados aquellos ítems que obtuvieron una concordancia igual o superior al 80% entre los jueces⁽¹⁸⁾.

Primera ronda

Envío electrónico: se remitió un documento con una descripción concisa del método de construcción teórica, la versión preliminar de la teoría y un instrumento en el que los jueces debían indicar su grado de acuerdo con respecto a las propiedades de la teoría, además de su significancia, consistencia interna, parsimonia, adecuación pragmática y características específicas del pictograma. Después de 15 días, se envió un recordatorio a los

participantes que aún no habían respondido y se esperó otros 15 días. Debido a la baja tasa de respuesta, tras el segundo recordatorio, se envió un nuevo correo electrónico solicitando la cumplimentación del cuestionario. Algunos jueces manifestaron interés en participar después del segundo recordatorio, pero no enviaron sus respuestas dentro del plazo establecido. En estos casos, se realizó un contacto telefónico y se concedió un plazo adicional de 20 días. Aunque, como se mencionó anteriormente, para la técnica Delphi no existe un número mínimo de jueces, se consideró ideal contar con al menos 12 especialistas para analizar este estudio. Por lo tanto, se extendió el plazo de respuesta con el objetivo de alcanzar la cantidad mínima deseada, lo que llevó a que el tiempo total de recolección de respuestas fuera de cuatro meses. Finalizado este período, se dio por concluido el proceso de análisis para proceder a la recopilación y análisis de los datos de la primera ronda.

El instrumento enviado a los jueces estuvo compuesto por dos partes. Parte A: caracterización demográfica, académica y profesional; parte B: cuestiones sobre el análisis de la teoría propiamente dicha. Dicho instrumento proponía el análisis de la teoría en su conjunto, evaluando: las propiedades de la teoría, la consistencia interna de los conceptos, la parsimonia y la adecuación pragmática, además de elementos específicos como: claridad, pertinencia y relevancia del pictograma. Para cada ítem, los sujetos debían indicar el grado de concordancia en una escala de Likert de cinco puntos, que variaba de "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo", además de un espacio abierto para sugerencias de modificaciones y mejoras para cada ítem evaluado.

Los datos recopilados en la primera ronda fueron tabulados en hojas de cálculo de Excel y analizados mediante estadística descriptiva con el *software* R. Cada ítem fue evaluado en función de la frecuencia y proporción de concordancia, considerándose adecuado aquel que obtuvo una concordancia igual o superior al 80% entre los jueces. En caso de que el juez marcara "ni de acuerdo ni en desacuerdo" (3 puntos), "en desacuerdo en cierta medida" (2 puntos) o "totalmente en desacuerdo" (1 punto), se le solicitó que ofreciera sugerencias sobre las modificaciones necesarias en la teoría. Para cada proporción se calcularon intervalos de confianza del 95% utilizando el método de Wald. El intervalo de confianza se empleó para establecer con un 95% de certeza que la estimación de proporción encontrada era estadísticamente igual o superior al punto de corte establecido (80%).

Segunda ronda

La segunda ronda tuvo lugar después de la implementación de las modificaciones sugeridas en

la primera ronda y su operacionalización se llevó a cabo de manera similar a la anterior. En esta segunda ronda, se presentó a los especialistas la teoría con sus modificaciones, el instrumento de análisis y un *feedback* general sobre los cambios realizados a partir de las sugerencias de la primera ronda, incluyendo las proporciones de concordancia obtenidas para los elementos y las sugerencias propuestas. Todo el material fue enviado a los especialistas por correo electrónico, con recordatorios cada 15 días. Después de tres meses, con el objetivo de obtener el mayor número posible de expertos participantes, se realizó un recordatorio mediante contacto telefónico con aquellos que no habían respondido a los correos electrónicos enviados. Esta etapa se llevó a cabo entre diciembre de 2021 y abril de 2022.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la *Universidade Federal de São Paulo*, bajo el dictamen n. 3.903.496. Se cumplieron todos los preceptos éticos establecidos en la Resolución 466/2012⁽¹⁹⁾. Se envió electrónicamente (por correo electrónico) una carta de invitación a los especialistas seleccionados, junto con el Consentimiento Informado (CI). En el CI se presentaron los objetivos de la investigación, su carácter voluntario y los procedimientos de recolección de datos. Se consideró como aceptación de participación en la investigación el envío del CI firmado por los investigadores.

Resultados

Para la realización del análisis de la teoría, se seleccionaron 22 enfermeros con conocimientos en Enfermería en Cardiología, teorías de Enfermería, insuficiencia cardíaca y/o terminologías de Enfermería. Tras la invitación y los recordatorios enviados cada 15 días durante un mes, solo dos expertos habían respondido al instrumento de análisis. Por lo tanto, se enviaron nuevos recordatorios durante un período de cuatro meses, con intervalos de 15 días, logrando obtener la respuesta de un total de 15 expertos en la primera ronda de análisis.

Caracterización de los expertos

Los expertos seleccionados para analizar la versión preliminar de la teoría construida fueron enfermeros con amplio conocimiento y experiencia en Cardiología, lenguajes estandarizados y/o teorías de Enfermería. El grupo estuvo compuesto por dos hombres y 13 mujeres, con edades entre 31 y 62 años. Para caracterizar a los especialistas de acuerdo con su formación académica

y experiencia clínica y docente, se adoptaron los criterios previamente establecidos⁽¹¹⁾ y el nivel de expertise se calculó mediante el promedio simple de las puntuaciones obtenidas.

A partir de esta clasificación, se identificó que la mayoría de los jueces que participaron en el análisis fueron clasificados como "competentes" (ocho) o "proficientes" (seis), mientras que solo uno fue clasificado como "experto", lo que indica un nivel de expertise significativo entre los jueces involucrados en el análisis de este estudio.

Resultados de la primera ronda de análisis

Tras completar la primera parte del instrumento de análisis, los especialistas indicaron su grado de

concordancia con respecto a los ítems descritos. El instrumento completo contenía 25 ítems, de los cuales los ítems 1 a 19 abordaban el análisis de la teoría (teoría en su conjunto, conceptos, supuestos y proposiciones) y los ítems 20 a 25 estaban relacionados con el análisis del pictograma. Para el análisis de concordancia, se agruparon las respuestas "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo", así como las respuestas "en desacuerdo" y "totalmente en desacuerdo". Las respuestas neutras ("ni de acuerdo ni en desacuerdo") no fueron consideradas para efectos de análisis. Cada ítem fue evaluado en función de la frecuencia y la proporción de concordancia, considerándose adecuados aquellos que obtuvieron una concordancia igual o superior al 80% entre los jueces, conforme se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1 - Resultados de la evaluación de los jueces en la primera ronda de análisis de los ítems, según el porcentaje de jueces que afirmaron estar de acuerdo con los mismos (n = 15*). São Paulo, Brasil, 2022

Ítems	n [†]	% [‡]	IC95% [§]
Ítem 1 - utilización de conceptos poco abstractos para explicar el control de la salud de pacientes con insuficiencia cardíaca	15	100,0	74,6 – 100,0
Ítem 2 - presentación explícita de la situación específica abordada (control de la salud de individuos con insuficiencia cardíaca)	15	100,0	74,6 – 100,0
Ítem 3 - suministro de una estructura que representa específicamente el control de la salud de pacientes con insuficiencia cardíaca	15	100,0	74,6 – 100,0
Ítem 4 - enfoque integrador para la construcción de la teoría	12	80,0	51,4 – 94,7
Ítem 5 - especificidad de la teoría para la población ambulatoria con insuficiencia cardíaca	13	86,7	58,4 – 97,6
Ítem 6 - posibilidad de conexión de las proposiciones entre la teoría y la práctica	13	92,9	64,2 – 99,6
Ítem 7 - proporciona directrices para su uso en la investigación	14	100,0	73,2 – 100,0
Ítem 8 - permite el establecimiento de guías para la práctica	14	100,0	73,2 – 100,0
Ítem 9 - incorporación de aspectos culturales, económicos y clínicos del paciente con IC .	13	86,7	58,4 – 97,6
Ítem 10 - incorporación de barreras y dificultades encontradas por la población con insuficiencia cardíaca para el control de su salud	15	100,0	74,6 – 100,0
Ítem 11 - cobertura de una brecha de conocimiento existente	14	100,0	73,2 – 100,0
Ítem 12 - ampliación de un conocimiento existente	14	93,3	66,0 – 99,6
Ítem 13 - presentación explícita del modelo conceptual del cual se derivó la teoría	15	100,0	74,6 – 100,0
Ítem 14 - posibilidad de identificar las habilidades interpersonales y psicomotoras necesarias para su aplicación	15	100,0	74,6 – 100,0
Ítem 15 - viabilidad de implementación de protocolos clínicos derivados de la teoría	15	100,0	74,6 – 100,0
Ítem 16 - posibilidad de alcanzar buenos resultados con las acciones de Enfermería propuestas por la teoría	14	100,0	73,2 – 100,0
Ítem 17 - el fenómeno estudiado (control de la salud) está adecuadamente expresado a través de los conceptos	14	93,3	66,0 – 99,6
Ítem 18 - posibilidad de categorizar e interpretar el fenómeno abordado por la teoría a través de los conceptos	13	86,7	58,4 – 97,6
Ítem 19 - abordaje del contenido de manera clara y concisa	15	100,0	74,6 – 100,0
Ítem 20 - representación gráfica y visual adecuada mediante el pictograma	14	93,3	66,0 – 99,6
Ítem 21 - posibilidad de comprender mejor los conceptos de la teoría a través del pictograma	13	92,9	64,2 – 99,6
Ítem 22 - representación de los principales conceptos en el pictograma	14	93,3	66,0 – 99,6
Ítem 23 - relevancia del pictograma para la teoría en su conjunto	15	100,0	74,6 – 100,0
Ítem 24 - presentación lógica de la relación entre los conceptos en el pictograma	13	86,7	58,4 – 97,6
Ítem 25 - posibilidad de comprender mejor el texto y las relaciones entre los conceptos a través del pictograma	15	100,0	74,6 – 100,0

*n=15 = Total de expertos; [†]n = Total de expertos que respondieron estar de acuerdo con el ítem evaluado; [‡]% = Proporción de expertos que concordaron con el ítem evaluado; [§]IC95% = Intervalo de confianza del 95%; ^{||}IC = Insuficiencia cardíaca. Nota: Ítems con n<15 corresponden a aquellos que no obtuvieron respuesta y/o en los que la respuesta fue "ni de acuerdo ni en desacuerdo"

Aunque en la primera ronda se obtuvo un nivel de concordancia superior al 80% en todos los ítems analizados, algunos presentaron un intervalo de confianza muy amplio. Por esta razón, se implementaron

mejoras en el cuerpo de la teoría, guiadas por las sugerencias propuestas por los jueces. Un resumen de las sugerencias de mejora propuestas para estos ítems se presenta en la Figura 3.

Ítem	Tópico	Sugerencias de mejoras/observaciones	Acciones realizadas
4	Enfoque integrador para la construcción de la teoría	Profundizar en el contexto que involucra el control de la salud del individuo, más allá de los aspectos biológicos	Realizar mejoras en el texto para aclarar la influencia de aspectos culturales, creencias, contexto familiar y patrón sociocultural en el control de la salud del individuo con IC*
5	Especificidad de la teoría para la población ambulatoria con IC*	La teoría también puede aplicarse a pacientes con IC* en la atención primaria de salud	Descripción más detallada del paciente ambulatorio con IC*
6	Posibilidad de conexión de las proposiciones entre la teoría y la práctica	Presentar elementos comprobables de manera más explícita para facilitar la construcción futura de hipótesis para la prueba teórica; la teoría puede favorecer la educación en salud	La estructura de las proposiciones se mantuvo sin cambios, ya que había sido revisada por una reconocida enfermera metateorista. Sin embargo, se reconoce que, para la validación externa, será necesario construir indicadores que se evaluarán en cada proposición.
9	Incorporación de aspectos culturales, económicos y clínicos del paciente con IC*	Mejorar el enfoque de los aspectos biopsicosociales que influyen en el control de la salud del individuo con IC*	Se realizó una mejor descripción de la influencia de los aspectos biopsicosociales en el control de la salud del individuo con IC*
18	Posibilidad de categorizar e interpretar el fenómeno abordado por la teoría a través de los conceptos	Sin sugerencias	Se llevó a cabo una revisión del texto de la teoría en su conjunto para mejorar la descripción y definición de los conceptos
21	Posibilidad de comprender mejor los conceptos de la teoría a través del pictograma	Sin sugerencias	Se realizaron modificaciones en el pictograma para aclarar mejor la relación entre los conceptos y facilitar la comprensión de la teoría
24	Presentación lógica de la relación entre los conceptos en el pictograma	Evidenciar de manera más clara las relaciones entre los conceptos; incluir las intervenciones de Enfermería de la NIC [†] presentadas en la teoría	Las intervenciones de la NIC [†] no fueron incluidas, ya que harían que el pictograma fuera demasiado extenso, lo que podría dificultar su comprensión; se realizó una revisión de los términos utilizados y de la presentación de la relación entre los conceptos

*IC = Insuficiencia cardíaca; [†]NIC = *Nursing Interventions Classification*

Figura 3 - Ítems evaluados que presentaron un intervalo de confianza amplio, sugerencias de mejoras en la teoría y acciones realizadas por la autora. São Paulo, Brasil, 2022

Resultados de la segunda ronda de análisis

Tras la implementación de las modificaciones sugeridas en la primera ronda, el texto actualizado de la TSE construida fue enviado nuevamente a los mismos especialistas de la primera ronda, junto con un informe que detallaba los resultados obtenidos en la primera evaluación y las modificaciones realizadas en el texto y el pictograma, de acuerdo con las sugerencias recibidas.

La teoría revisada fue enviada en su totalidad a los especialistas, con las modificaciones en el texto resaltadas en color azul, junto con un nuevo instrumento de análisis que contenía únicamente los ítems que fueron revisados, sumando un total de ocho ítems. Los ítems del 1 al 5 estaban relacionados con la teoría y sus elementos, mientras que los ítems del 6 al 8 correspondían al pictograma. El período desde el envío del primer correo electrónico en esta segunda fase, con la solicitud de respuesta al instrumento de análisis, hasta la recepción de la última respuesta de los especialistas fue de

aproximadamente tres meses. En esta segunda ronda, se obtuvo la respuesta de 14 especialistas, uno menos que en la primera ronda.

A partir de los resultados de esta segunda ronda, se logró una concordancia del 100 % en prácticamente todos los ítems, además de una reducción en el intervalo de confianza. Los ítems que presentaron una concordancia inferior al 100% fueron: ítem 2, referente a la posibilidad de generalización de la teoría (71,4%), y ítem 8, referente a la claridad del pictograma (92,9%).

A partir de las sugerencias ya formuladas en la primera ronda, las autoras asumen que, aunque la teoría fue desarrollada para ser específica a la población ambulatoria con IC, también puede aplicarse en la atención primaria de salud, dado que los factores condicionantes que afectan el control de la salud del individuo atendido en este nivel de atención pueden ser similares, lo que la hace potencialmente útil en este contexto. Esta hipótesis podrá ser confirmada o refutada en el futuro mediante la elaboración de indicadores que permitan la validación

clínica de la teoría. En relación con el pictograma, dado que la concordancia obtenida fue superior al 80 %, la versión enviada para análisis fue considerada apropiada. Así, la versión analizada por los jueces en la segunda ronda, al presentar altos niveles de concordancia en los elementos evaluados, fue considerada adecuada para constituirse en la versión final de la teoría.

Discusión

A partir del análisis de los especialistas, la TSE para el control de la salud en la IC tuvo sus conceptos revisados y aclarados, y sus interrelaciones fueron presentadas de manera más clara en el pictograma. Esta teoría fue inicialmente construida con el objetivo de describir el control de la salud de personas con IC en atención ambulatoria; sin embargo, tras el análisis de los especialistas, se sugiere que también podría ser útil en el ámbito de la atención primaria de salud, dado que este nivel de atención suele ser el primer punto de contacto del usuario con el sistema de salud y representa un entorno propicio para la promoción de la educación en salud y la mejora de la adherencia al tratamiento.

Se considera, además, que el enfermero puede educar y orientar al paciente en diversos escenarios de atención. Aunque el contexto ambulatorio o el nivel de atención primaria sean los más adecuados para este propósito, se entiende que la futura validación de la teoría en otros entornos podría ser factible.

La teoría revisada

Se entiende que el individuo con IC que es capaz de controlar su salud utiliza su libre albedrío para llevar a cabo acciones con el propósito de mantener su vida, salud y bienestar. De acuerdo con la literatura⁽²⁰⁾, este proceso implica acciones para el mantenimiento de la estabilidad fisiológica, reconocimiento de los síntomas que evidencian un deterioro clínico y la adopción de medidas adecuadas cuando estos síntomas son observados. Los elementos que influyen en el control de la salud del individuo con IC son diversos y deben ser conocidos por el equipo multiprofesional para que se realice una planificación adecuada de las intervenciones a implementar. Por esta razón, es fundamental comprender la salud del individuo más allá del contexto biológico, considerando el entorno en el que está inserto, como su constitución familiar, aspectos culturales y biopsicosociales, en línea con el principio de Integralidad del Sistema Único de Salud (SUS)⁽²¹⁾.

Para que el individuo sea capaz de controlar su salud, primero debe desear comprometerse con la obtención de dicho control. Para lograrlo, debe esforzarse en

desarrollar competencias y habilidades específicas, que se evidenciarán a través de comportamientos de control de la salud.

Los elementos que, en conjunto, pueden influir de forma favorable o desfavorable en el control adecuado del estado de salud del individuo con IC son denominados factores condicionantes básicos. Algunas características hacen que ciertos individuos sean más susceptibles a no controlar su salud de manera satisfactoria, lo que los categoriza como población en riesgo de presentar un control ineficaz de la salud. Otros elementos, como la presencia de comorbilidades, clase funcional elevada, dispositivos médicos relacionados con la IC y un tratamiento farmacológico complejo, son considerados condiciones asociadas, que también pueden llevar al individuo a presentar un control ineficaz de la salud.

En caso de un control de la salud ineficiente, el individuo presentará el diagnóstico de enfermería Control Ineficaz de la Salud [00078], lo que evidencia la necesidad de intervenciones de Enfermería. Si las intervenciones son eficaces, se espera que el control de la salud sea alcanzado y, en esta hipótesis, deberán implementarse nuevas intervenciones educativas y de refuerzo del comportamiento positivo. De este modo, cuantos más elementos influyan negativamente en el control de la salud del individuo, mayor será la demanda de intervenciones de Enfermería para ayudarlo a lograr este control. Las demandas individuales de intervenciones que estimulen o faciliten el control de la salud deben ser investigadas para identificar los puntos clave que el enfermero debe abordar en el desarrollo de su plan terapéutico. Las actividades de Enfermería propuestas incluyen las intervenciones de la NIC Cuidados cardíacos [4040], Educación en salud [5510] y Enseñanza: proceso de enfermedad [5602]. El enfermero debe actuar en la orientación, monitoreo e incentivo de comportamientos dirigidos al control de la salud y, para ello, puede utilizar como guía los indicadores de los resultados NOC Autocontrol de la enfermedad cardíaca [1617] y Comportamiento de adherencia [1600].

En la construcción de la primera versión de la teoría, tras el establecimiento de los conceptos teóricos y sus interrelaciones, se definieron sus supuestos y proposiciones⁽⁷⁾. Tras el análisis de los especialistas, estos componentes permanecieron inalterados y se presentan a continuación:

Supuestos

- Comprometerse con el control de la salud en la IC requiere la capacidad de autocuidado;
- La capacidad de controlar la salud puede verse afectada por factores inherentes al individuo, como

Control Ineficaz de la Salud. Diversos factores internos y externos al individuo influyen en la adquisición del control de la salud y, aunque no todos sean susceptibles de intervenciones de Enfermería, su identificación puede facilitar el proceso diagnóstico por parte del enfermero.

Al guiar al enfermero en la identificación tanto de los aspectos clínicos que indican que la enfermedad no está bajo control como de los factores ambientales e individuales que interfieren en la capacidad del individuo para controlar su salud adecuadamente, esta teoría busca contribuir a la adopción de estrategias que fomenten la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria del individuo con IC, mejorando su calidad de vida y su supervivencia.

Sus proposiciones reflejan las interacciones entre los conceptos establecidos y son susceptibles de futuras pruebas con la población en cuestión. Para ello, podrán utilizarse las actividades de Enfermería propuestas en las intervenciones de la NIC Cuidados cardíacos [4040], Educación en salud [5510] y Enseñanza: proceso de enfermedad [5602], así como los indicadores de los resultados NOC Autocontrol de la enfermedad cardíaca [1617] y Comportamiento de adherencia [1600].

Conclusión

La validación realizada mediante la técnica Delphi permitió que la teoría fuera evaluada por especialistas con amplia experiencia, posibilitando la mejora de su texto y pictograma para reflejar de manera más fiel el fenómeno estudiado (control de la salud) y facilitar su incorporación en la práctica diaria de los enfermeros que atienden a individuos con IC, ya sea en un contexto ambulatorio o en el nivel de atención primaria. Además, el análisis realizado permitió confirmar que la teoría construida presenta las propiedades y características esperadas de una TSE.

Validar una teoría, ya sea desde una perspectiva interna o mediante su prueba empírica, no es una tarea sencilla y requiere, además de tiempo y dedicación, una gran experiencia en la construcción teórica y en la temática abordada. La técnica Delphi, aunque aún es poco utilizada con este propósito, ha demostrado ser útil al permitir la obtención de consenso sin la necesidad de un gran número de especialistas, lo que resulta particularmente ventajoso en áreas con escasez de expertos. Además de la dificultad de encontrar profesionales con la experiencia adecuada para la validación propuesta, un desafío importante fue el tiempo de respuesta de los jueces en cada ronda, lo que impactó en el tiempo total de conclusión del estudio.

Tras la validación interna y actualización, la teoría de situación específica para el control de la salud en IC ofrece una mejor comprensión de los factores que pueden influir

en el control de la salud de los individuos con IC. Al estar fundamentada en la Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado de Orem y utilizar conceptos provenientes de los lenguajes estandarizados NANDA, NIC y NOC, ampliamente aplicados en la práctica clínica, se espera que esta teoría contribuya a eliminar la dicotomía entre pensamiento y acción, permitiendo que el enfermero en la práctica pueda diagnosticar claramente los aspectos que involucran el control de la salud de sus pacientes y determinar la mejor intervención de Enfermería para estos individuos. Se espera que, en el futuro, se desarrollen instrumentos que permitan una evaluación más concreta del individuo y, para ello, podrán utilizarse los indicadores de los resultados NOC "comportamiento de adherencia" y "autocontrol de la enfermedad cardíaca" como guías.

Dado que la atención al individuo con insuficiencia cardíaca implica un enfoque multiprofesional y que algunos factores que influyen en el control de la salud no pueden ser abordados exclusivamente por la Enfermería, se considera que esta teoría también podría ser útil para otras disciplinas.

Agradecimientos

Agradecemos a la profesora Jacqueline Fawcett por su contribución en la revisión de la estructura de la teoría y del método de análisis.

Referencias

1. Alves HLC, Lima GS, Albuquerque GA, Gomes EB, Cavalcante EGR, Viana MCA. Use of nursing theories in Brazilian theses: bibliometric study. *Cogitare Enferm.* 2021;26:e71743. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71743>
2. Cardoso RB, Brandão MAG, Cavalcante JCSS, Lopes ROP, Zaccaro KRL, Primo CC. Brazilian nursing specific situation, middle and micro-range theories: a bibliometric study. *Rev Bras Enferm.* 2024;77:e20230520. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0520pt>
3. Im EO, Meleis AI. Situation-Specific Theories: Philosophical Roots, Properties, and Approach. *Adv Nurs Sci [Internet]*. 1999 [cited 2024 Jul 20];22(2):11-24. Available from: <https://doi.org/10.1097/00012272-199912000-00003>
4. Im EO. The current status of theory evaluation in nursing. *J Adv Nurs.* 2015;71(10):2268-78. <https://doi.org/10.1111/jan.12698>
5. Borel MCG, Lopes ROP, Thofehrn MB, Nóbrega MML, Arreguy-Sena C, Brandão MAG. Guideline for incorporating the Delphi method in the evaluation of nursing theories. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29:e3387. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4157.3387>

6. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 6th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017. 688 p.
7. Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge Nursing models and theories*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company; 2000. 480 p.
8. Im EO. Theory Development Process of Situation-Specific Theories. *Adv Nurs Sci*. 2021;44(1):E32-E47. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000341>
9. Hirano GSB, Barros ALBL, Silva VM. Situation-Specific Theory for Health Management in Heart Failure. *Nurs Sci Q*. 2023;36(3):264-72. <https://doi.org/10.1177/08943184231169757>
10. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;145(18):e895-e1032. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>
11. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(10):e56-e528. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>
12. Keeney S, Hasson F, McKenna HP. *The Delphi technique in nursing and health research*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011. 208 p.
13. Borel MGC, Buss Thofehrn M, Arreguy-Sena C, Lemos RCPB, Caniçali Primo C, Brandão MAG. Theory of professional bonds: description and theoretical analysis based on the Meleis' model with Delphi strategy. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220054. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0054en>
14. Mendes RCMG, Silva GP, Perrelli JGA, Pontes CM, Pascoal LM, Lira ALBC, et al. Disrupted mother-fetus dyad risk in high-risk pregnancies: a Middle-Range Theory. *Rev Bras Enferm*. 2024;77:e20230464. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0464>
15. Linstone HA, Turoff M, organizators. *The Delphi method: techniques and applications*. Reading, MA: Addison-Wesley Pub. Co.; 2002. 620 p.
16. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):986-92. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
17. Benner PE, Tanner CA, Chesla CA. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. 2nd ed. New York, NY: Springer; 2009. 528 p.
18. Barrios M, Guilera G, Nuño L, Gómez-Benito J. Consensus in the delphi method: What makes a decision change? *Technol Forecast Soc Change*. 2021;163:120484. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.120484>
19. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [Internet]*. 2013 Jun 13 [cited 2023 Mar 06]; seção 1:59. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
20. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol*. 2011;8(11):644-54. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2011.95>
21. Ministério da Saúde (BR). *Sistema Único de Saúde: SUS - princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 44 p.
22. Bartlett YK, Haywood A, Bentley CL, Parker J, Hawley MS, Mountain GA, et al. The SMART personalised self-management system for congestive heart failure: results of a realist evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014;14:109. <https://doi.org/10.1186/s12911-014-0109-3>
23. Gonçalves FG, Albuquerque DC. Health education of patients with heart failure. *Rev Enferm UERJ [Internet]*. 2014 [cited 2024 Nov 1];22(3):422-8. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/13769>
24. Lessa QCSS, Frossard JM, Santos FAS, Queluci GC, Correia DMS, Cavalcanti ACD. Nursing actions for patients with heart failure: an integrative review. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2016;8(2):4587-600. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4587-4600>
25. Cavalcante AMRZ, Lopes CT, Brunori EFR, Swanson E, Moorhead SA, Bachion MM, et al. Self-Care Behaviors in Heart Failure. *Int J Nurs Knowl*. 2018;29(3):146-55. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12170>
26. Koirala B, Himmelfarb CD, Budhathoki C, Tankumpuan T, Asano R, Davidson PM. Factors affecting heart failure self-care: An integrative review. *Heart Lung*. 2018;47(6):539-45. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.004>
27. Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC, et al. Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(6):491-501. <https://doi.org/10.5935/abc.20160076>
28. Silva AF, Cavalcanti ACD, Malta M, Arruda CS, Gandin T, Fé A, et al. Treatment adherence in heart failure patients followed up by nurses in two specialized clinics. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(5):888-94. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0268.2628>
29. Conrad N, Judge A, Tran J, Mohseni H, Hedgecott D, Crespillo AP, et al. Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals. *Lancet*. 2018;391(10120):572-80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32520-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32520-5)

30. Akerman M, Freitas O. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM): evaluation of pharmaceutical services in the primary health care. *Rev Saude Publica*. 2017;51(suppl.2). <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.201705100supl2ed>
31. Carneiro CS, Lopes CT, Lopes JL, Santos VB, Bachion MM, Barros ALBL. Ineffective Health Management in People With Heart Failure: A Pilot Study. *Int J Nurs Knowl*. 2018;29(1):11-7. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12142>
32. Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *SpringerPlus*. 2013;2:320. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-320>

Contribución de los autores

Criterios obligatorios

Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas: Gisele Saraiva Bispo Hirano, Viviane Martins da Silva, Alba Lucia Bottura Leite de Barros.

Contribuciones específicas

Curación de datos: Gisele Saraiva Bispo Hirano, Viviane Martins da Silva, Alba Lucia Bottura Leite de Barros.

Obtención de financiación: Alba Lucia Bottura Leite de Barros. **Supervisión y gestión del proyecto:** Viviane Martins da Silva, Alba Lucia Bottura Leite de Barros.

Otros (Redacción del manuscrito): Gisele Saraiva Bispo Hirano. **Otros (Análisis estadístico):** Viviane Martins da Silva.


Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 30.08.2024
Aceptado: 20.01.2025

Editora Asociada:
Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Gisele Saraiva Bispo Hirano
E-mail: giselesabi@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-6649-8778>