

# Experiencia del síntoma en el Síndrome Coronario Agudo: comprobación de un modelo conceptual\*

Symptom Experience in Acute Coronary Syndrome: Testing a Conceptual Model

Experiência de sintomas nas Síndromes Coronarianas Agudas: verificação de um modelo conceitual

Carlos Yecid Bernal Cárdenas<sup>a</sup>

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

becarlos@javeriana.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7953-2314>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.essc>

Recibido: 19 abril 2022

Aceptado: 13 mayo 2022

Publicado: 30 junio 2023

Viviana Marycel Céspedes Cuevas

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9728-0704>

Jennifer Rojas Reyes

Universidad de Antioquia, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8962-5135>

## Resumen:

**Introducción:** el síndrome coronario agudo (SCA) se caracteriza por diferentes síntomas, por lo cual la experiencia varía de persona a persona. El Modelo conceptual del manejo de los síntomas (MCMS) de Dodd aborda este aspecto que requiere ser comprobado dentro de la práctica de enfermería. **Objetivo:** comprobar los postulados de la dimensión de la experiencia de los síntomas del Modelo conceptual de Dodd en personas con síndrome coronario agudo. **Métodos:** comprobación teórica por medio de ecuaciones estructurales. Participaron 256 individuos con diagnóstico de síndrome coronario agudo, seleccionados por muestreo probabilístico estratificado. Se recolectaron datos clínicos, sociodemográficos y se midió la evaluación y respuesta a los síntomas con cinco instrumentos válidos. Se realizó un análisis estadístico con ajuste absoluto, ajuste incremental y ajuste de parsimonia del cual derivó un modelo de ecuaciones estructurales. **Resultados:** se comprobó la relación bidireccional entre la severidad del síntoma (evaluación) y la toma de decisiones (respuesta al síntoma). Se conformó un modelo que explica el 44 % de la varianza sobre la toma de decisiones. Sobre esta variable también influyen otras variables como la evaluación cognitiva y el control personal. **Conclusión:** este modelo conceptual permitió comprender la dimensión de la experiencia del síntoma en pacientes con síndrome coronario agudo, comprobando sus postulados en la práctica.

**Palabras clave:** modelado de ecuaciones estructurales, toma de decisiones, evaluación de síntomas, enfermería cardiovascular (DeCS).

## Abstract:

**Introduction:** acute coronary syndrome (ACS) is characterized by different symptoms, so the experience varies from person to person. Dodd's Conceptual Model of Symptom Management addresses this aspect that requires testing within nursing practice. **Objective:** to test the postulates of the symptom experience dimension of Dodd's Conceptual Model of Symptom Management in persons with acute coronary syndrome. **Methods:** theoretical testing by means of structural equations. A total of 256 individuals with a diagnosis of acute coronary syndrome, selected by stratified probability sampling, participated. Clinical and sociodemographic data were collected, and symptom assessment and response were measured with five valid instruments. Statistical analysis was performed with absolute adjustment, incremental adjustment and parsimony adjustment from which a structural equation model was derived. **Results:** the bidirectional relationship between symptom severity (assessment) and decision making (symptom response) was tested. A model was formed that explains 44% of the variance on decision making. This variable is also influenced by other variables such as cognitive evaluation and personal control. **Conclusion:** this conceptual model allowed us to understand the dimension of symptom experience in patients with acute coronary syndrome, proving its postulates in practice.

**Keywords:** structural equation modeling, decision making, symptom assessment, cardiovascular nursing (Descriptors in Health Sciences).

## Notas de autor

<sup>a</sup> Autor de correspondencia. Correo electrónico: [becarlos@javeriana.edu.co](mailto:becarlos@javeriana.edu.co)

## Resumo:

**Introdução:** Síndromes coronarianas agudas (SCA) caracterizam-se por diferentes sintomas, pelo que a experiência muda de pessoa para pessoa. O Modelo conceitual do manejo dos sintomas (MCMS) de Dodd aborda esse aspecto que precisa testes na prática de enfermagem. **Objetivo:** verificar os postulados da dimensão da experiência dos sintomas do Modelo conceitual de Dodd em pacientes com síndrome coronariana aguda. **Métodos:** verificação teórica por meio de equações estruturais. Participaram 256 indivíduos com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, selecionados por amostragem probabilística estratificada. Dados clínicos e sociodemográficos foram coletados e a avaliação e resposta aos sintomas foi medida com cinco instrumentos válidos. Foi realizada análise estatística com ajuste absoluto, ajuste incremental e ajuste de parcimônia que derivou num modelo de equações estruturais. **Resultados:** verificou-se o relacionamento bidirecional entre a gravidade do sintoma (avaliação) e a tomada de decisão (resposta ao sintoma). Um modelo que explica 44% da variância sobre a tomada de decisão foi conformado. Sobre essa variável também influem outras variáveis como a avaliação cognitiva e o controle pessoal. **Conclusão:** este modelo conceitual permitiu compreender a dimensão da experiência do sintoma em doentes com síndrome coronariana aguda, verificando seus postulados na prática.

**Palavras-chave:** modelagem de equações estruturais, tomada de decisão, avaliação de sintomas, enfermagem cardiovascular (DeCS).

## Introducción

El síndrome coronario agudo (SCA) es un evento que representa el 16 % del total de muertes en el mundo (1), de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS. Este porcentaje depende del rápido reconocimiento de los síntomas y su manejo (2), siendo así que la toma de decisiones ante el síntoma se convierte en un aspecto significativo en la supervivencia a estos eventos.

Ante la experiencia del síntoma, existen diferentes marcos teóricos de enfermería que se acercan a este fenómeno, como la Teoría de los síntomas desagradables de Lenz et al. (3) y el modelo de experiencia del síntoma de Armstrong (4), este último es similar al Modelo cognitivo perceptual de la interpretación somática (5). En ellos resultan determinantes los factores físico, psicológico y contextual, además de la evaluación cognitiva que la persona hace de los síntomas.

Por su parte, el Modelo conceptual del manejo de los síntomas (MCMS) de Dood (6) describe la dimensión de la experiencia del síntoma, que comprende la percepción, evaluación y respuesta que el individuo da a este (6); plantea que los síntomas como experiencias subjetivas, se determinan por factores como la severidad de los síntomas, el control personal, la evaluación cognitiva y la autoeficacia, los cuales orientan la toma de decisiones (6-7). La figura 1 representa la adaptación gráfica del modelo.

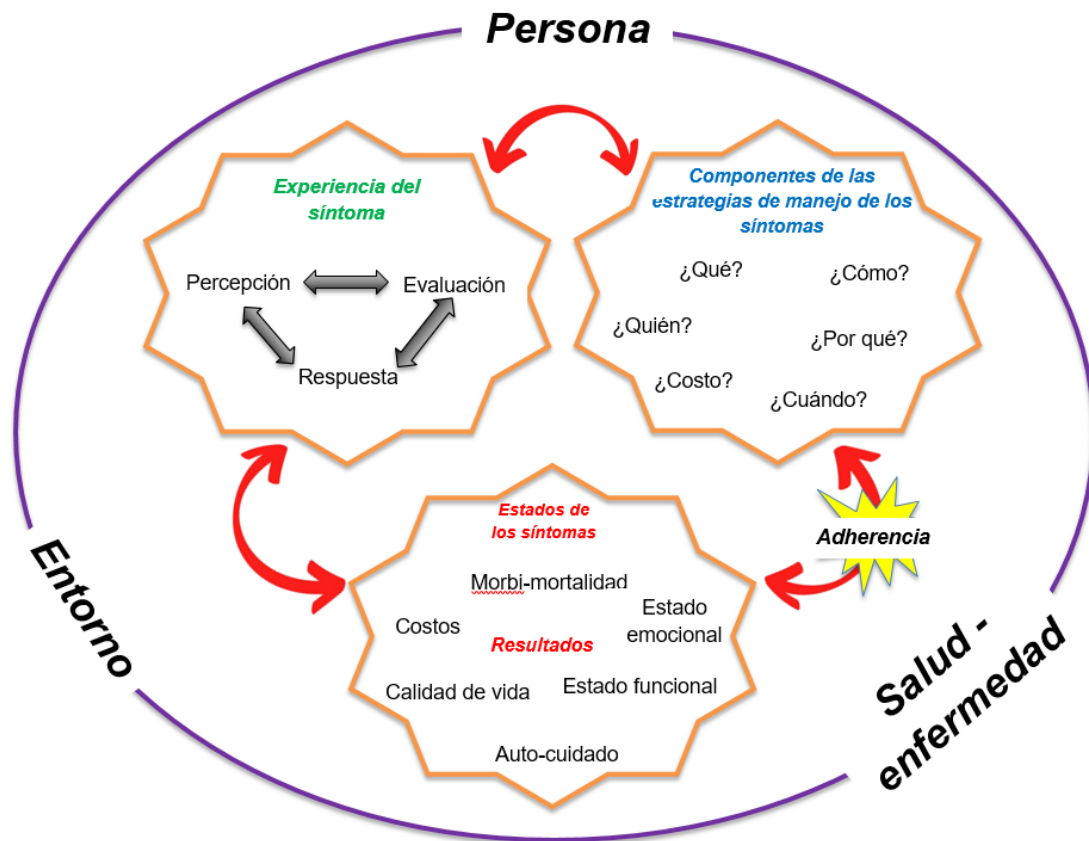


FIGURA 1.  
Adaptación del Modelo conceptual del manejo de síntomas (6)  
Fuente: Elaboración propia

De los marcos teóricos descritos el MCMS (6) ha logrado abordar el fenómeno desde la integralidad de la gestión de los síntomas (7-8). Al respecto, se realizó una búsqueda sistemática que arrojó evidencia sobre la comprobación de este modelo en la población estudiada. Se diseñó un modelo causal para comprobar la hipótesis de que la evaluación de los síntomas tiene una relación bidireccional con la respuesta a estos, determinando así el proceso de toma de decisiones dentro de la experiencia (6-8). Por ello, el objetivo fue comprobar los postulados de la dimensión de la experiencia de los síntomas (evaluación y respuesta a los síntomas) del MCMS de Dodd en personas con SCA. Esta investigación corresponde a un análisis secundario de los datos obtenidos de la tesis doctoral titulada “Predictores cognitivos de la toma de decisiones en la experiencia de los síntomas de Síndrome Coronario Agudo” (9).

## Métodos

Comprobación teórica por medio del uso de un modelo de ecuaciones estructurales (MEE) (7,10) que permitió confirmar los planteamientos realizados por el MCMS con la muestra de un estudio primario, una metodología destinada a verificar la aplicabilidad y parsimonia de los marcos teóricos disciplinares. Los participantes cumplieron con los criterios de inclusión de ser mayor de 18 años, tener un diagnóstico confirmado de ingreso de SCA (infarto agudo del miocardio y/o angina inestable), tener un estado de conciencia y orientación conservados, además de estar hemodinámicamente estable. Se excluyeron aquellos individuos que presentaran su diagnóstico de SCA durante la hospitalización o cirugía.

La recolección se realizó en tres instituciones de salud de IV nivel en la ciudad de Bogotá, Colombia. La muestra estuvo conformada por 256 personas seleccionadas por muestreo probabilístico estratificado, considerando los servicios de Unidad de Cuidado Coronario/Intensivo, Hospitalización y Rehabilitación cardiovascular como los tres estratos representativos. Para determinar el tamaño de la muestra, se consideró una desviación estándar (SD) del 60 % por representar la SD en estudios previos realizados con la variable de interés (11), un error tipo I y tipo II del 0,05 que reportó 84 individuos por estrato, calculado por medio de la expresión algebraica propuesta por Schwertman (12), la cual determina el tamaño requerido para sustentar el juzgamiento de la hipótesis.

Los datos fueron obtenidos mediante una ficha de caracterización sociodemográfica y cinco instrumentos validados en la población colombiana (9). Para la variable de toma de decisiones se emplearon dos instrumentos, el primero es el Cuestionario de la respuesta a los síntomas (RSQ) (13) que tiene 12 ítems con respuesta tipo Likert, una validez de constructo del 50,2 % de varianza explicada y un alfa de Cronbach de 0,80; el segundo es el Instrumento de la Experiencia del Síntoma (IES) (14) en su dimensión de respuesta, que cuenta con 6 ítems con respuesta dicotómica, una validez de constructo del 37,88 % de la varianza explicada por dimensión y un alfa de Cronbach de 0,59.

Para la variable de evaluación cognitiva se emplearon dos instrumentos. El primero es el Inventario para hacer frente a situaciones de estrés (CISS) (15) que tiene 21 ítems con respuesta tipo Likert, una validez de constructo del 38 % de varianza explicada y un alfa de Cronbach de 0,60; el segundo es el Instrumento de la Experiencia del Síntoma (IES) (14) en su Dimensión de evaluación, con 11 ítems con respuesta dicotómica, una validez de constructo del 57,13 % de la varianza explicada por dimensión y un alfa de Cronbach de 0,67.

Para la variable de severidad de los síntomas se aplicó la sub-escala de severidad del Cuestionario de la respuesta a los síntomas (RSQ) (13), cuyas características psicométricas ya fueron descritas. Para la variable de control personal se empleó la Escala revisada de actitudes de control (CAS-R) (16) que tiene 8 ítems con respuesta tipo Likert, una validez de constructo del 45 % de varianza explicada y un alfa de Cronbach de 0,60. Finalmente, para la variable de autoeficacia se utilizó la Escala de autoeficacia cardiaca (CSE) (17) que tiene 13 ítems con respuesta tipo Likert, una validez de constructo del 56,9 % de varianza explicada y un alfa de Cronbach de 0,85.

Los datos se analizaron con el programa SPSS 21 mediante estadísticas descriptivas y pruebas de bondad de ajuste de Kolmogorov Smirnov para comprobar hipótesis de normalidad. Las relaciones entre los componentes del MCMS se plantearon en un modelo teórico explicativo que se presenta en los resultados, y se comprobó por medio de un MEE (7,10) en el *software* AMOS.

Para la estimación del modelo se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros estadísticos desde tres perspectivas:

## **Bondad de ajuste**

Para chi-cuadrado los valores aceptables que demuestran ajuste son de 2 a 3, con límite hasta 5. El índice de bondad de ajuste (GFI) indica mal ajuste al estar cerca de cero. Por el contrario, el índice de error de cuadrático medio (RMR) considera un ajuste perfecto cercano a 0, y el índice de validación cruzada esperada (ECVI), cercano a 1, indica mayor correlación (10).

## **Medidas de ajuste incremental del modelo**

El índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI) muestra un mejor ajuste del modelo si sus valores son cercanos o superiores a 0,90; y en el índice no normalizado de ajuste (NNFI) se esperan valores superiores o iguales a 0,9 (10).

## **Medidas de ajuste de parsimonia**

El índice de ajuste normado de parsimonia (AIC) muestra que un valor cercano a 1 evidencia mayor relación con la teoría; y el en índice de la bondad de ajuste de parsimonia (PGFI), cercano a 1 indica mayor relación entre los constructos (10).

Finalmente, dando cumplimiento a las pautas éticas internacionales (CIOMS) (18), y la declaración de Helsinki (19), las personas que cumplieron criterios de inclusión aceptaron participar de forma voluntaria y firmaron un consentimiento informado. Este estudio contó con aval ético institucional.

## **Resultados**

### **Características clínicas y sociodemográficas de los participantes**

Las edades de los participantes estuvieron entre los 25 y 84 años (media 63,7; DS 10,1), el 66 % fueron hombres y el 34 % mujeres. Con respecto al nivel de escolaridad, el 48,4% tenían primaria completa, seguido por el 25,4 % con bachillerato completo. Respecto a la decisión de consultar, 72,2 % acudió a un familiar y 13,3 % a la consulta por urgencias. El Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST fue el tipo de SCA con mayor representatividad, con un 44,5 % y el evento presentado por primera vez fue el de mayor porcentaje con un 69,5 % (n=256).

### **Prueba de la dimensión de la experiencia de los síntomas del MCMS en individuos con síntomas coronarios**

Inicialmente, se formuló un modelo teórico explicativo a partir de lo planteado por el MCMS, en este se presentan las relaciones hipotéticas entre las variables, como se observa en la figura 2.

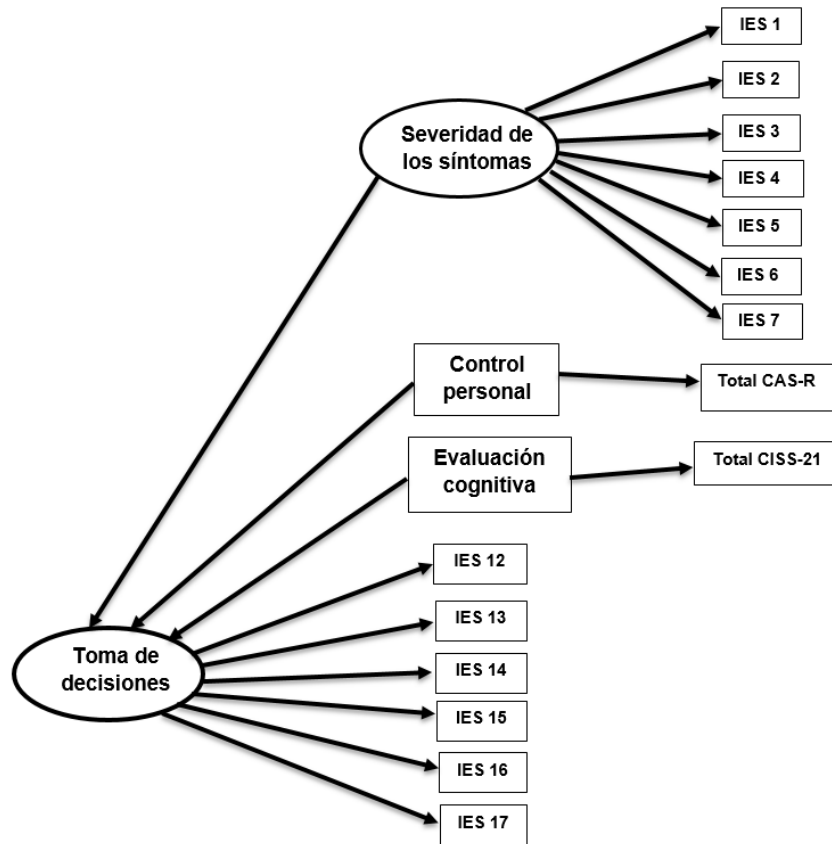


FIGURA 2.  
Modelo explicativo de la experiencia de los síntomas del MCMS  
Fuente: Elaborada a partir del modelo causal derivado de los planteamientos del MCMS (6)

La figura 2 representa las variables independientes de la severidad de los síntomas, el control personal y la evaluación cognitiva (componente de la evaluación de los síntomas del MCMS) que determinan el comportamiento de la variable dependiente de la toma de decisiones (componente de respuesta a los síntomas del MCMS).

El modelo que se construyó en la figura 2 a partir de los planteamientos del MCMS mostró un ajuste satisfactorio, como se evidencia en la tabla 1.

TABLA 1.  
Medidas de bondad de ajuste

Medida de bondad de ajuste	Niveles de ajuste aceptable	Dato reportado	Interpretación
<b>Medidas de ajuste absoluto</b>			
X <sup>2</sup> /gl	2 - 3	3,1	Bueno
GFI	0 mal ajuste 1,0 ajuste perfecto	0,866	Aceptable
RMSEA	<=0,05	0,091	Aceptable
RMR	Cerca de 0	0,259	Aceptable
ECVI	Más cerca de 1 su correlación aumenta	0,78	Aceptable
<b>Medidas de ajuste incremental</b>			
AGFI	>=0,90	0,866	Aceptable
NNFI	>0,90	0,474	Bajo
GFI	>=0,90	0,866	Aceptable
<b>Medidas de ajuste de parsimonia</b>			
PGFI	A>valor >mayor parsimonia	0,57	Aceptable
PNFI	A > valor < ajuste	0,77	Ajuste medio
AIC	Valor pequeño indica parsimonia	0,435	Aceptable

Fuente: Elaboración propia

### *Medidas de ajuste absoluto*

El valor de Chi-cuadrado (X<sup>2</sup> /gl) indica que el modelo planteado tiene un ajuste aceptable, el índice de bondad de ajuste GFI con tendencia a 1 demuestra que el modelo general predice la matriz de correlaciones. Así mismo, el valor de RMSEA fue aceptable, determinando que el ajuste anticipado sí corresponde a la población en general con SCA y no solo a la muestra.

### *Medidas de ajuste incremental*

Los valores reportados con una correlación por encima del 50 %, tanto en el índice ajustado AGFI como en el índice no normalizado NNFI, indican que se hace evidente un ajuste aceptable de los datos con el modelo, demostrando ser un modelo empírico cercano al modelo teórico. Cabe resaltar que el índice de bondad de ajuste GFI ratifica que el modelo no debe ser ajustado.

### *Medidas de ajuste de parsimonia*

El índice de ajuste normado de parsimonia AIC evidencia aceptabilidad del ajuste y la parsimonia, teniendo el modelo empírico como una medida comparativa del teórico. Por su parte, el índice de bondad de ajuste de parsimonia PGFI indica que la relación de los constructos con la teoría que los sustenta es aceptable.

La interpretación de estos resultados permite comprobar que la respuesta y evaluación del síntoma como componentes de la experiencia del síntoma tienen una relación bidireccional, en la cual una depende de la otra.

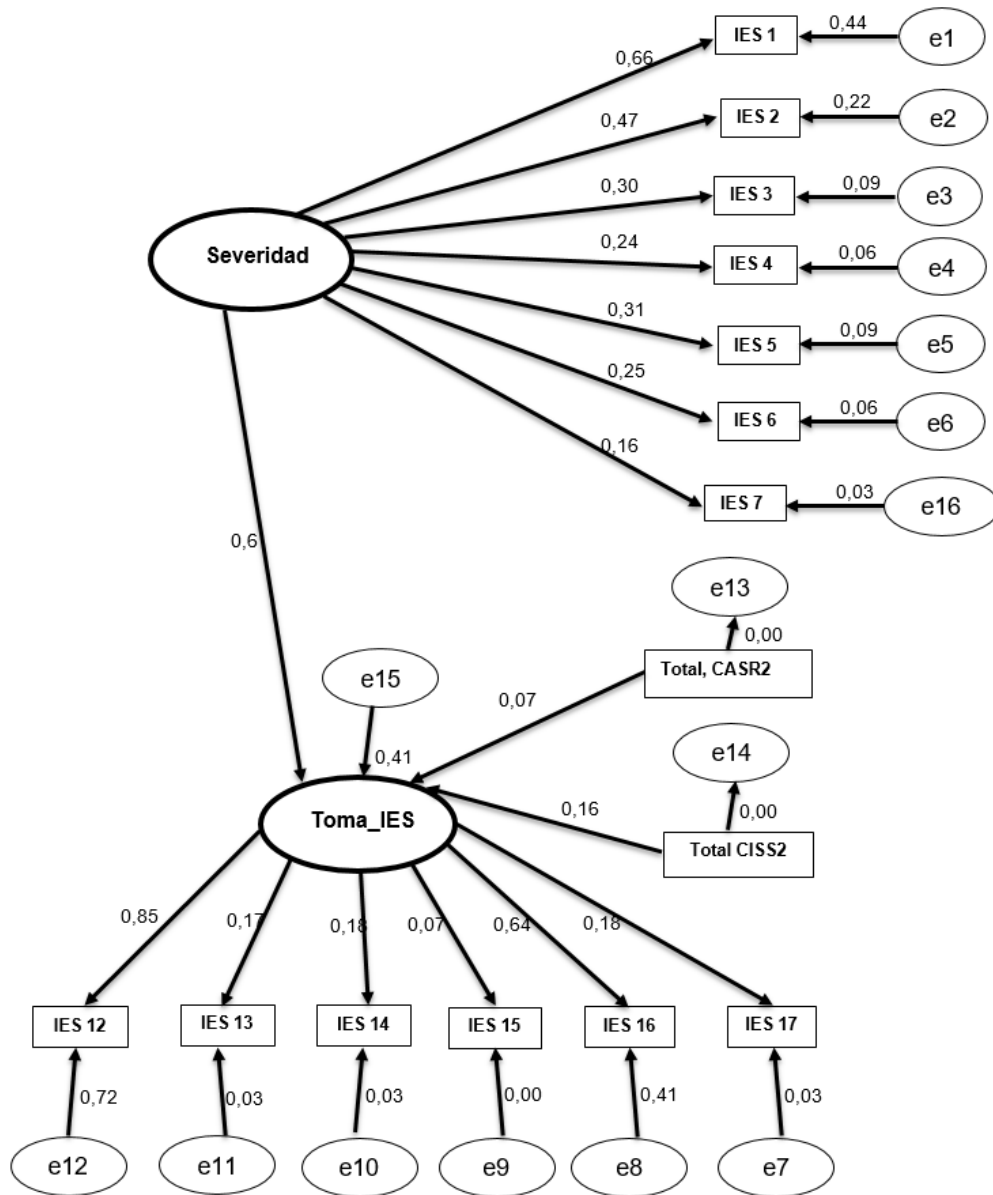


FIGURA 3.

Modelo reportado por AMOS de la experiencia de los síntomas coronarios del MCMS

Fuente: Elaboración propia

El MEE reporta el 44 % de la varianza de la variable toma de decisiones, la razón  $\chi^2/gl$  reporta 3,1, lo que se considera un buen ajuste al modelo teórico. Esto quiere decir que la experiencia del síntoma logra predecir el comportamiento de la toma de decisiones en el SCA. La mayor correlación reportada fue entre la severidad de los síntomas y la toma de decisiones con un  $r$  de 0,633 ( $p < 0,01$ ). En cambio, el control personal y la evaluación cognitiva respecto a la toma de decisiones reportaron valores de  $r$  de 0,07 ( $p < 0,05$ ) y 0,16 ( $p < 0,01$ ) respectivamente, lo que indica una correlación débil.



## Discusión

El MCMS ha sido un referente conceptual y teórico importante en el abordaje de la experiencia de los síntomas de diferentes etiologías (20-22). No obstante, en la literatura no se evidencia un proceso de comprobación teórica, vacío al que responde el presente análisis. Así, el MEE permitió corroborar la existencia de una relación entre las dimensiones de evaluación y respuesta ante los síntomas en personas que sobrellevaron un SCA, considerando el manejo del síntoma como un proceso dinámico, modificado de acuerdo con los resultados individuales.

El modelo causal reportado evidencia que las variables: control personal, severidad de los síntomas y evaluación cognitiva influyen en la evaluación de los síntomas, lo que determina la respuesta reflejada en la toma de decisiones. Con ello se confirma su correlación bidireccional, tal como lo plantea el MCMS (21-24). Como respaldo a esto, otros estudios similares (25-26) documentan que cuando la persona entiende su enfermedad como una condición crónica que se puede agudizar, esto le permite evaluar mejor los síntomas, otorgándole mayor control en la toma de decisiones frente a nuevos eventos coronarios.

Al analizar cada una de las variables, se hace posible entender que el control personal considera elementos, tanto cognitivos como contextuales, sobre la experiencia de los síntomas, por lo que el conocimiento o experiencia previa de la persona son importantes. Sin embargo el entorno, representado en aspectos socioeconómicos, evolución cronológica de la enfermedad, hábitos de vida, edad, escolaridad y sexo también son variables determinantes aquí (25,27).

Respecto a la evaluación cognitiva, el análisis reportó que cuando las personas presentaban síntomas coronarios, lo asociaban a condiciones benignas, retrasando el tiempo para buscar ayuda asistencial (27). Parte de estas decisiones dependen de las funciones cognitivas en las personas con patologías cardiovasculares, las cuales pueden estar afectadas (27-28), por lo que requieren de más tiempo para sus procesos de pensamiento. Lo anterior dificulta la toma de decisiones frente a un evento coronario (29).

De igual modo, la severidad de los síntomas se ha relacionado con la evolución del SCA, siendo determinante para precisar la gravedad de la sintomatología (27,30). No obstante, la mayoría de estas personas reportan comorbilidades, con lo que sus síntomas coronarios se vuelven una experiencia única, algunos síntomas se pueden presentar de forma repentina, pero otros pueden ser sosegados y amplios (28,30); esto dificulta el reconocimiento de la severidad y limita la toma de decisiones.

En general, los resultados de esta comprobación teórica aportan a la actualización de los protocolos de atención a personas con enfermedad coronaria (31), relacionados con el tamizaje de evaluación y respuesta a los síntomas, con lo que se establecen rutas para el reconocimiento del riesgo y la educación al paciente y su familia. Por lo anterior, se recomienda explorar los planteamientos teóricos del MCMS en personas con riesgo cardiovascular, además del diseño de guías de manejo para personas con SCA e implementación de tamizajes en evaluación cognitiva y control personal dentro de la consulta de enfermería, para ayudar a la prevención y reconocimiento anticipado de un evento coronario.

## Limitaciones

Dentro de esta investigación no se pudo controlar la variable de sexo por el comportamiento del fenómeno, en consecuencia, no fue posible un tamaño muestral en el que esta variable fuera más grande y homogénea.

## Conclusión

Con la confirmación realizada del MCMS fue posible validar en la práctica la premisa de que existe una relación bidireccional entre los componentes de la dimensión de la experiencia de los síntomas, en la que la respuesta depende de la evaluación que se haga. Esto se representa estadísticamente en un modelo que explica el 44 % de la varianza.

Lo anterior demuestra que es posible usar marcos teóricos propios de enfermería dentro de la práctica y la investigación, lo cual indica que la conexión entre estos tres pilares es posible y fundamental para el cuidado de la salud cardiovascular.

## Referencias

1. World Health Organization WHO. The top 10 causes of death [Internet] 2018 [citado 2022 ene 20]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt D, et al. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74:482-710. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.12.024>
3. Gomes GLL, Oliveira FMRL, Barbosa KTF, Medeiros ACT, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Theory of unpleasant symptoms: critical analysis. *Texto Contexto Enferm*. 2019; 28:e20170222. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0222>
4. Armstrong TS. Symptoms Experience: A Concept Analysis. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30(4):601-6. <https://doi.org/10.1188/03.ONF.601-606>
5. Cioffi D. Beyond attentional strategies: cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychol Bull*. 1991;109(1):25-41. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.1.25>
6. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher E, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-76. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
7. Céspedes Cuevas VM. Investigación que prueba teoría: una aproximación desde enfermería cardiovascular. *Aquichan*. 2012;12(2):97-108. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.2.1>
8. Bernal-Cárdenas CY, Céspedes-Cuevas VM, Sanhueza-Alvarado OI. Modelo conceptual del manejo del síntoma: evaluación y crítica. *Aquichan*. 2018;18(3):311-26. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.6>
9. Bernal Cárdenas CY. Predictores cognitivos de la toma de decisiones en la experiencia de los síntomas de Síndrome Coronario Agudo. [Internet]. 2018. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá Facultad de Enfermería Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/68919>
10. Escobedo Portillo T, Hernández Gómez JA, Estebane Ortega V, Martínez Moreno G. Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. *Cienc Trab*. 2016;18(55):16-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>
11. Saberi F, Adib-Hajbaghery M, Zohreha J. Predictors of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction in Kashan city. *Nurs Midwifery Stud*. 2014;3(4):e24238. <https://doi.org/10.17795/nmsjournal24238>
12. Desu MM, Raghavarao D. *Sample size Methodology*. New York: Academic Press; 1990. <https://doi.org/10.1016/C2009-0-22298-7>
13. Dracup K, Moser D. Beyond sociodemographics: Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 1997;26(4):253-62. [https://doi.org/10.1016/s0147-9563\(97\)90082-0](https://doi.org/10.1016/s0147-9563(97)90082-0)
14. Céspedes Cuevas M. Atypical nature of coronary artery disease in women: a proposal for measurement and clasification. *Av. enferm*. 2015;33(1):10-18. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47855>

15. Endler NS, Parker JDA: Assessment of multidimensional coping: task, emotion and avoidance strategies. *Psychol Assess.* 1994;6:50–60. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.1.50>
16. Camara Pacheco J, Vilaca de Brito CS. Tradução, adaptação cultural e validação para português da Control Attitudes Scale-Revised (CAS-R) em pessoas com doença Cardíaca. *Revista de Emfermagem.* 2014;IV(1):93-101.
17. Sarkar U, Ali S, Whooley M. Self-efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patients with stable coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Health Psychol.* 2009;28(2):166-73. <https://doi.org/10.1037/a0013146>
18. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, y Organización Panamericana de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: Cioms. 2002. Disponible en: [http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas\\_Eticas\\_Internac.pdf](http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf)
19. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, 2013.
20. Kargar L, Khademian Z, Rambod M. Association between perception of caring behaviors and self-efficacy in patients with cardiovascular disease at coronary care units: a cross-sectional study. *Acute Crit Care.* 2021;36(2):118-25. <https://doi.org/10.4266/acc.2020.00752>
21. Singurdardottir AK, Sigurlasdottir K, Olafsson K, Hronn Svavarsdottir M. Perceived consequences, changeability and personal control of coronary heart disease are associated with health - related quality of Life. *J Clin Nurs.* 2017;26:3636-45. <https://doi.org/10.1111/jocn.13734>
22. Andrade Méndez B, Omaira Gómez L, Arias Torres D. Síndrome coronario agudo en mujeres desde la teoría del manejo del síntoma. *Enferm. glob.* 2020;19(60):170-95. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.422331>
23. Knight E, Shea K, Rosenfeld A, Schmiede S, Hsieh Hsu C, Devon H. Symptom trajectories after an emergency department visit for potential acute coronary syndrome. *Nurs Res.* 2016;65(4):268-78. <https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000167>
24. Nurmeksela A, Pihlainen V, Kettunen T, Laukkanen J, Peltokoski J. Nurse-led counseling for coronary artery disease patients: A 1-year follow-up study. *Nurs Health Sci.* 2021;0:0. <https://doi.org/10.1111/nhs.12852>
25. Rossello X, Mas-Lladó C, Pocock S, Vicent L, Van de Werf F, Chin CT, et al. Las diferencias por sexo en la mortalidad tras un síndrome coronario agudo se incrementan en los países de menor riqueza y mayor desigualdad de ingresos. *Rev Esp Cardiol.* 2022;75(5):392-400. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.05.009>
26. Gayda M, Gremeaux V, Bherer L, Juneau M, Drigny J, Dupuy O, et al. Cognitive function patients with stable coronary heart disease: Related cerebrovascular and cardiovascular responses. *PLOS ONE.* 2017;12(9):1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183791>
27. Beedholm K, Andersen LS, Lorentzen V. From Bodily Sensations to Symptoms: Health Care–Seeking Practices Among People Affected by Acute Coronary Syndrome. *Qual Health Res.* 2019;29(11):1651-60. <https://doi.org/10.1177/1049732319857057>
28. Si-Min Yao, Pei-Pei Zheng, Yao-Dan Liang, Yu-Hao Wan, Ning Sun, Yao Luo, et al. Predicting non-elective hospital readmission or death using a composite assessment of cognitive and physical frailty in elderly inpatients with cardiovascular disease. *BMC Geriatrics.* 2020;20(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01606-8>
29. Lee Y, Kim J, Chon D, Lee KE, Kim JH, Myeong S, Kim S. The effects of frailty and cognitive impairment on 3-year mortality in older adults. *Maturitas.* 2018;107:50-5. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.10.006>
30. Miaskowski C, Barsevick A, Berger A, Casagrande R, Grady PA, Jacobsen P, et al. Advancing Symptom Science Through Symptom Cluster Research: Expert Panel Proceedings and Recommendations. *J. Natl. Cancer.* 2017;109(4):253. <https://doi.org/10.1093/jnci/djw253>
31. Lizcano Álvarez Á, Villar Espejo T, López Köllmer L, Gómez Menor C, Ledesma Rodríguez R, Fernández Zarataín G. The efficacy of an integrated care training program for primary care nurses for the secondary prevention of cardiovascular risk. *Enferm Clin.* 2021;31(5):303-12. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2020.10.009>

## **Notas**

\* Artículo original de investigación

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

*Cómo citar este artículo:* Bernal Cárdenas CY, Céspedes Cuevas VM, Rojas Reyes J. Experiencia del síntoma en el Síndrome Coronario Agudo: comprobación de un modelo conceptual. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2023; 25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.essc>