

## EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVA PARA LOS SÍNTOMAS CORONARIOS EN LA MUJER DURANTE LA REHABILITACIÓN CARDIACA: ENSAYO CLÍNICO NO ALEATORIZADO

Claudia Patricia Motta León<sup>1</sup>

### Resumen

El presente artículo tiene como objetivo determinar la eficacia de una estrategia de manejo cognitivo de los síntomas de enfermedad coronaria para mejorar las acciones de respuesta y los niveles de autoeficacia general en un grupo de mujeres participantes de un programa de rehabilitación cardiaca en dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá D.C.

La metodología utilizada fue un diseño tipo ensayo clínico controlado no aleatorizado. La intervención se realizó en cuatro sesiones con un encuentro semanal. Las acciones de respuesta y los niveles de autoeficacia fueron evaluados al inicio, dos y cinco semanas después de finalizar la intervención.

El análisis de resultados mostró una correlación positiva en el grupo experimental entre las acciones de respuesta y los niveles de autoeficacia general que se mantiene en la medición intermedia y final. Respecto a la autoeficacia la intervención no demostró mayor eficacia que la intervención convencional. Lo anterior comprueba la importancia de incluir elementos cognitivos y enfoque de género dentro de los programas de rehabilitación cardíaca.

**Palabras clave:** signos y síntomas, enfermedad coronaria, salud de las mujeres, manejo de la enfermedad, enfermería.

*Historial del artículo:*

*Fecha de recibido:* 28-01-2021 – *Fecha de aceptado:* 25-02-2021

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v2i2.528

<sup>1</sup>Enfermera, Magister en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Docente Escuela de Enfermería. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Autor para correspondencia. Correo electrónico: claudia.motta@juanncorpas.edu.co

## EVALUATION OF A COGNITIVE INTERVENTION FOR CORONARY SYMPTOMS IN WOMEN: A NON-RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

### **Abstract:**

This article aims to determine the efficacy of a cognitive management strategy for coronary heart disease symptoms to improve response actions and overall self-efficacy in a group of women participating in a cardiac rehabilitation program at two health institutions of the Bogota City.

The methodology used was a non-randomized controlled clinical trial type design. The intervention was carried out in four sessions with a weekly meeting. Response actions and levels of self-efficacy were assessed at baseline, two and five weeks after the intervention was completed.

The analysis of results showed a positive correlation in the experimental group between the response actions and the levels of general self-efficacy maintained in the intermediate and final measurement. Regarding self-efficacy, the intervention showed no greater efficacy than the conventional intervention. The above notes the importance of including cognitive elements and a gender approach within cardiac rehabilitation programs.

**Keywords:** signs and symptoms, women's health, coronary disease, self efficacy, disease management, nursing.

## Introducción

El retraso en la búsqueda de atención médica o de enfermería por parte de las mujeres que experimentan síntomas de enfermedad coronaria es un problema que preocupa a los profesionales de salud, pues esta situación se encuentra relacionada de forma directa con una menor efectividad de los tratamientos y mayor probabilidad de complicaciones que puedan llevar a la muerte. (Madsen y Birkelund, 2016).

Por lo anterior resulta fundamental que desde la disciplina de enfermería se desarrollen acciones encaminadas a brindar un cuidado holístico a la mujer con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, a través del diseño e implementación de estrategias que contribuyan a que la población femenina reconozca su vulnerabilidad frente a la enfermedad, identifique los síntomas y les atribuya un origen coronario al momento de experimentarlos, lo que definitivamente mejoraría la oportunidad de consulta en los servicios de urgencias.

## Metodología

El diseño utilizado para determinar la eficacia de la estrategia de manejo realizada correspondió a un ensayo clínico controlado no aleatorizado (Vallvé, Artés y Cobo, 2005). de varias mediciones, que permitió examinar la eficacia de una estrategia de manejo basada en Teoría cognitiva (grupo intervención) comparada con una estrategia convencional educativa de enfermería (grupo control), sobre la respuesta de la mujer a los síntomas de enfermedad coronaria y la autoeficacia general.

Para la estructuración y formulación de la presente investigación, se contempló la

extensión de la declaración TREND para ensayos clínicos no aleatorizados (Jarlais, Lyles y Crepaz, 2004), a fin de garantizar la validez del estudio y la transparencia en el reporte de los resultados.

## Criterios de inclusión

- Ser mujer mayor de 30 años.
- Tener diagnóstico previo de Síndrome Coronario Agudo (Infarto Agudo de Miocardio o Angina Inestable).
- Ser participante en fase I o II de un programa clínico de rehabilitación cardiaca.
- Tener conservación de la comunicación verbal y el estado neurológico.

## Intervención grupo intervención y grupo control

El grupo de intervención, además del manejo usual brindado en la institución, recibió la estrategia de manejo grupal denominada "Mi respuesta es Sí", ofrecida por el investigador principal y basada en los supuestos de la Teoría de mediano rango de Autoeficacia (Smith y Liehr, 2008). Dentro de las características centrales de la estrategia de manejo, se encontraba el fortalecimiento de las fuentes de autoeficacia (experiencia de dominio, persuasión verbal, experiencia vicaria y retroalimentación fisiológica) a través de métodos y técnicas educativas grupales y el fortalecimiento de procesos enseñanza/aprendizaje a partir de contenidos propios de rehabilitación cardiaca, pero con enfoque de género. La intervención tuvo una duración de 2 horas por sesión y una intensidad de

4 sesiones con intervalo semanal. El grupo control recibió el enfoque habitual de los programas de rehabilitación cardíaca con la misma frecuencia e intensidad que el grupo experimental.

### **Instrumentos**

Para evaluar las acciones de respuesta al síntoma, se utilizó la Escala de Respuesta denominada: Instrumento sobre la experiencia del síntoma en la mujer con SCA: percepción, evaluación y respuesta, diseñado a partir del Modelo Conceptual del Manejo del Síntoma (Céspedes, 2012), que consta de 6 ítems con escala dicotómica tipo Dummy de 0 a 1 (0=acción inadecuada, 1=acción adecuada). Para evaluar los niveles de Autoeficacia, se utilizó la Escala de Autoeficacia General versión en español desarrollada por Schwarzer y Jerusalem. (1996) y diseñada con soporte teórico basado en la Teoría cognitiva de Bandura (1977). El instrumento consta de 10 ítems con escala tipo Likert con puntuación de 1 a 4 (1=Incorrecto, 2=Apenas cierto, 3= más bien cierto y 4=cierto). Para su uso se contó con previa autorización de los autores.

### **Procedimientos**

En primera medida la propuesta de intervención fue sometida a revisión y aprobación de los comités de ética e investigación de las instituciones participantes. Los colaboradores institucionales que participaron del proceso de medición recibieron entrenamiento en el manejo de los instrumentos de medición (6 horas).

Con el apoyo de 11 expertos, se realizó el proceso de validación de contenido del material educativo entregado a las participantes mediante la aplicación de la Guía APRA (Organización Panamericana de la Salud, 2005). A su vez, se contó con el aval de uso de imagen institucional por parte de la Unidad de Medios de Comunicación de la Universidad Nacional de Colombia.

Posteriormente se realizó el proceso de reclutamiento de los sujetos a partir de las bases de datos de los servicios de cardiología, hemodinamia y rehabilitación cardíaca de ambas instituciones, se seleccionaron las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, quienes fueron informadas acerca de los objetivos de la investigación y luego de la aceptación voluntaria y el establecimiento del grupo control y el experimental, se asignó un consecutivo a cada una de las participantes para proteger su identidad.

Se efectuó la recolección de los datos sociodemográficos y clínicos con el formato diseñado previamente por el investigador.

La investigadora realizó la intervención sin influencia en la evaluación de desenlace. En la Tabla 1, se observa el enmascaramiento realizado para efectos del estudio.

El análisis estadístico de los datos fue enmascarado al grupo control y experimental.

Tabla 1. Enmascaramiento realizado

INDIVIDUOS	Enmascaramiento a intervención	Enmascaramiento a medición de desenlaces	Análisis de datos
Pacientes	NO	SI	SI
Enfermera que aplicó las intervenciones	NO	SI	SI
Profesionales que evaluaron el desenlace principal y secundario	SI	NO	SI
Estadístico que realizó el análisis de datos	SI	SI	NO

Fuente: elaboración propia

### Análisis de datos

La información recolectada se registró inicialmente en una hoja de cálculo de Excel del programa Microsoft Office®, luego se realizó digitación de los mismos en el programa SPSS versión 23. Se utilizaron algunas herramientas de estadística descriptiva (tabla de frecuencias y porcentajes) para resumir las características sociodemográficas y datos clínicos del grupo control y experimental.

Para analizar la respuesta al síntoma, se utilizó la prueba de medianas para muestras independientes, para comparar los valores de dicho indicador entre el grupo experimental y el grupo control en la medición inicial, intermedia y final. Con el propósito de observar si hubo cambios en las diferentes mediciones del indicador de respuesta al síntoma, se empleó la prueba del rango signado de Wilcoxon para muestras pareadas tanto en el grupo control como en el grupo experimental. Para determinar la correlación entre el indicador de respuesta al síntoma y

los niveles de Autoeficacia general, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

En el caso de la autoeficacia general, se utilizó la prueba U de Mann Whitney para comparar los niveles de autoeficacia entre el grupo control y el grupo experimental para la medición inicial, intermedia y final. También, se realizó la prueba del rango signado de Wilcoxon para revisar si hubo cambios en la autoeficacia en el grupo experimental y el control.

### Consideraciones éticas

El protocolo y diseño del estudio preservó los criterios de rigor investigativo para el alcance experimental propuesto. La participación de los individuos en la investigación fue de manera voluntaria y se solicitó el consentimiento informado escrito del paciente. Todos los procedimientos se dieron de acuerdo con los principios establecidos en las Pautas Éticas Internacionales para la investigación Biomédica en Seres Humanos

(CIOMS – OMS, 2002), específicamente en los siguientes aspectos: consentimiento informado individual (pauta 4, 5 y 6), incentivos (pauta 7), explicación de beneficios y riesgos de participar en el estudio (Pauta 8), elección del grupo control en ensayos clínicos (Pauta 11), distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación (Pauta 12), y protección de la confidencialidad y privacidad (Pauta 18).

Con relación al riesgo en el estudio, las participantes no estuvieron expuestas a riesgos físicos, considerando que la estrategia de manejo no fue un procedimiento invasivo. Sin embargo, se contó con el apoyo de un equipo institucional en caso de necesidad.

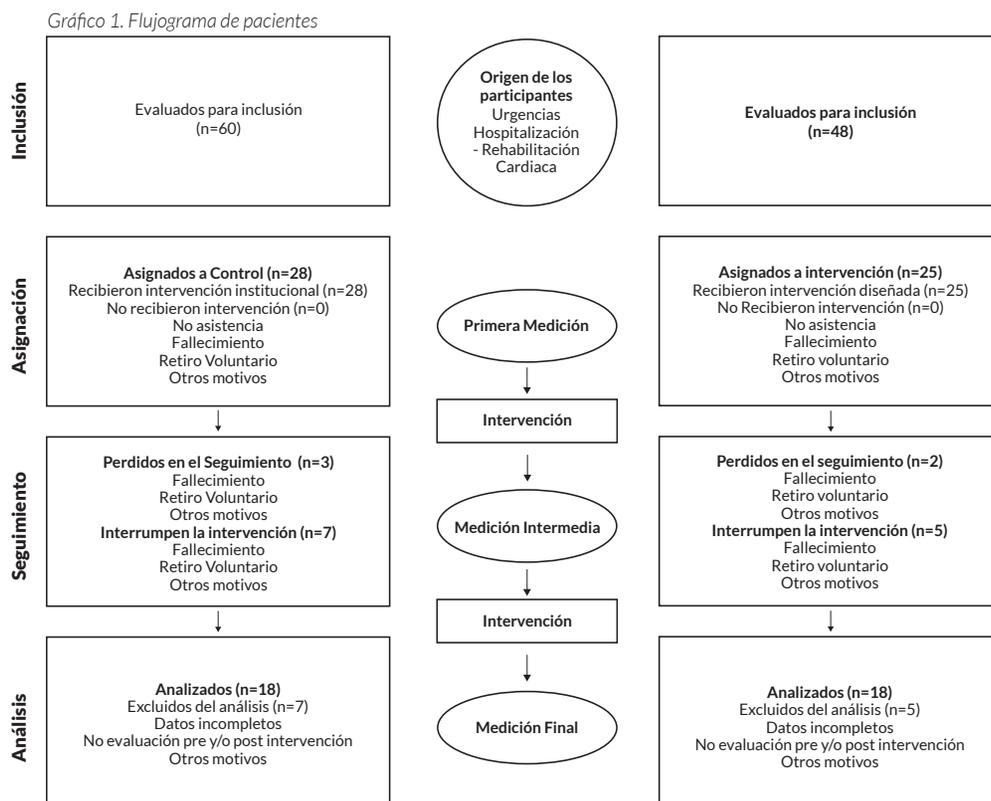
De igual forma, se atendió a las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud de la Resolución

008430 (Ministerio de Salud, 1993) específicamente en los siguientes aspectos: artículos 6, 14, 15 y 16. Por otra parte, se consideró la revisión general de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y del Informe Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978) para estudios experimentales.

## Resultados

### Descripción y flujograma de población y muestra

En el caso de la institución donde fue realizada la intervención 25 pacientes decidieron participar de forma voluntaria en el estudio. Al finalizar, 18 pacientes fueron incluidas en el análisis pues completaron la asistencia a la totalidad de las sesiones y mediciones. En la



Fuente: elaboración propia

Institución de control 28 mujeres participaron voluntariamente, pero 18 pacientes fueron incluidas en el análisis al completar la totalidad de sesiones y mediciones (Gráfico 1). Entre los motivos de rechazo a la participación o el retiro de estudio, se encontraban no desear participar, escasos recursos económicos, ocupaciones familiares o laborales, fallecimiento, no vivir en la ciudad de Bogotá o no contar con acompañante.

### **Datos sociodemográficos**

El total de las pacientes participantes de este estudio fue 36 mujeres, 18 pertenecientes al grupo experimental y 18 pertenecientes al grupo control. Las mujeres, en su mayoría, presentaron como estado civil casadas (14 participantes, 38,8%) o viudas (11 participantes, 35,5%). Un porcentaje superior de las pacientes fueron amas de casa (32 participantes, 88,8%). El 55,5% de las mujeres (20 participantes) tenían un nivel educativo de básica primaria y el 33,3% (12 participantes) terminó la secundaria. El 52,5% de las mujeres (19 participantes) residían en estratos socioeconómicos entre 1-2 y el 44,4% de las mujeres (16 participantes) en estrato 3-4. El 66,6% de las mujeres (24 participantes) afirmó que sus ingresos eran menores a un salario mínimo legal vigente. El 41,6% de las mujeres (15 participantes) tenían entre 60 y 70 años y el 25% de las mujeres (9 participantes) se encontraron en los rangos de 50-60 y 70-80 años.

### **Datos clínicos**

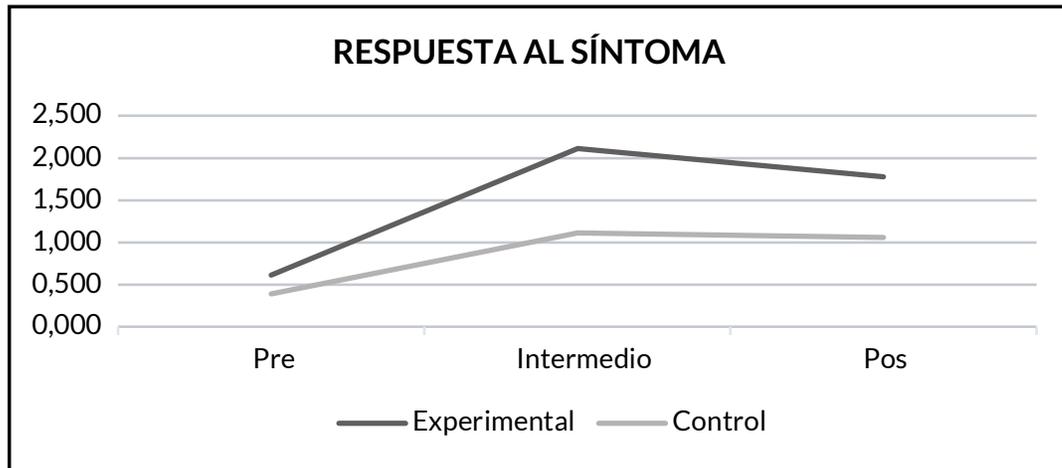
El 69,4% de las mujeres participantes (25 en total) fueron diagnosticadas con Infarto Agudo de Miocardio. La demora en el tiempo de consulta para buscar atención sanitaria fue similar: menos de 6 horas para el 47,2% de las participantes (17 en total) y más de

6 horas para el 52,7% de las participantes (19 en total). Sin embargo, se evidencia una mayor frecuencia en la demora para consultar en el grupo control. El 77,7% de las mujeres participantes (28 en total) manifestaron que los síntomas del primer episodio iniciaron en la casa. El 77,7% de las mujeres participantes (28 en total) refirió antecedente de hipertensión arterial. El 22,2% de las mujeres participantes (28 en total) tenían antecedentes de diabetes mellitus. El 44,4% de las mujeres participantes (16 en total) presentaban problemas de obesidad o sobrepeso. El 38,8% de las mujeres participantes (14 en total) eran fumadoras o consumidoras de tabaco. El 72,2% de las mujeres participantes (26 en total) tenían antecedente de dislipidemia. El 44,4% de las mujeres participantes (16 en total) presentaron algún factor de riesgo psicosocial como ansiedad o depresión. El 52,7% de las mujeres participantes (19 en total) tenían historia de sedentarismo. El 53% de las mujeres participantes (16 en total) manifestaron una historia familiar de problema cardíaco en padres o hermanos. El 19,4% de las mujeres participantes (7 en total) expresaron haber tenido un evento coronario previo.

### **Promedio de respuesta al síntoma entre grupos**

El Gráfico 2 muestra que el indicador de respuesta en el grupo control crece entre la medición inicial y la medición intermedia. A partir de esa instancia, su valor se estabiliza. Por su parte, en el caso del grupo experimental, se observó un cambio importante en los valores del indicador al pasar de la medición inicial a la medición intermedia. Luego de este periodo, el valor del indicador disminuyó. Por otra parte, se puede observar que los valores del indicador de respuesta en el grupo

Gráfico 2. Promedio indicador respuesta al síntoma entre grupo control y experimental.



Fuente: elaboración propia

experimental son superiores a los encontrados en el grupo control.

Usando la prueba de medianas para muestras independientes (Tabla 2), en este caso para comparar los valores del indicador de respuesta en el grupo experimental y control, se pudo observar que no hubo diferencia entre los grupos en la medición inicial (valor-p = 1). En el caso de la medición intermedia (valor-p = 0,003) y final (valor-p = 0,006) se observaron diferencias entre ambos grupos.

**Tabla 2.** Prueba de medianas para comparación de respuesta en grupo experimental y control

Usando la prueba de rango signado de Wilcoxon para muestras pareadas, se pudo observar que hubo diferencias en los valores del indicador de respuesta entre la medición previa a la intervención y la intermedia, tanto en el grupo experimental ( $Z = -3,1$ , valor-p = 0,002) como en el grupo control ( $Z = -3,357$ , valor-p = 0,001). Sin embargo, al hacer la comparación de los valores del indicador

Tabla 2. Prueba de medianas para comparación de respuesta en grupo experimental y control

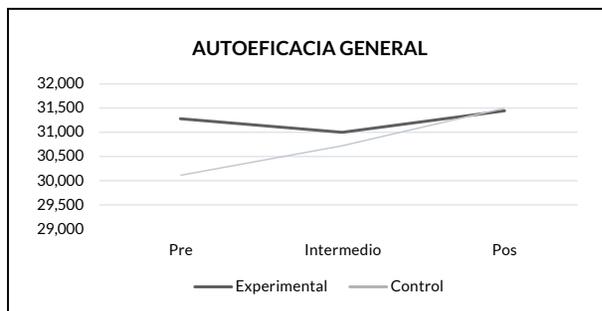
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las medianas de Propuesta de calificación de la experiencia del síntoma (pre) son las mismas entre las categorías de Grupo	Prueba de la mediana para muestras independientes	1,000	Conserve la hipótesis nula
2	Las mediana de Propuesta de calificación de la experiencia del síntoma (intermedio) son las mismas entre las categorías de Grupo	Prueba de la mediana para muestras independientes	0,003	Rechace la hipótesis nula
3	Las medianas de Propuesta de calificación de la experiencia del síntoma (pos) son las mismas entre las categorías de Grupo	Prueba de la mediana para muestras independientes	0,006	Rechace la hipótesis nula

Fuente: elaboración propia

en las mediciones posterior e intermedia, no se encontraron diferencias para el grupo experimental ( $Z = -1,513$ , valor- $p = 0,130$ ) ni para el grupo control ( $Z = -0,378$ , valor- $p = 0,705$ ).

### Autoeficacia general

Gráfico 3. Promedio autoeficacia entre grupo control y experimental



Fuente: elaboración propia

El Gráfico 3 muestra que, antes de la aplicación de la intervención, los niveles de autoeficacia en el grupo experimental fueron superiores a los observados en el grupo control. Por otra parte, en la medición intermedia, se observó el mismo comportamiento. Una semana después de la intervención (pos), los niveles en la autoeficacia fueron levemente superiores en el grupo control. Otro elemento que se puede resaltar fue el constante crecimiento de los niveles de autoeficacia en el grupo control. En el caso del grupo experimental, los valores de la puntuación de autoeficacia disminuyeron en la medición intermedia con respecto a la medición inicial y aumentaron para la medición posterior a la intervención.

Antes de la aplicación de la intervención, se compararon los niveles de autoeficacia en el grupo experimental y en el grupo control usando la prueba U de Mann Whitney, cuyos resultados,  $U = 153$ ,  $Z = -0,285$  y un valor- $p = 0,775$ , indican que no hay diferencia en los niveles de autoeficacia, lo cual permite

garantizar que los grupos se encontraron en igualdad de condiciones como requisito preliminar para el análisis. En la medición intermedia, no se observaron diferencias en los niveles de autoeficacia entre los grupos experimental y control ( $U = 158$ ,  $Z = -0,127$ , valor- $p = 0,899$ ). La misma situación se presentó en la medición final ( $U = 152,5$ ,  $Z = -0,302$ , valor- $p = 0,763$ ).

Por su parte, al comparar los diferentes momentos de medición de la autoeficacia en el grupo experimental, mediante la prueba del rango signado de Wilcoxon para muestras pareadas, no se encontraron cambios, un comportamiento similar se observó en el grupo control.

### Comparación y efectividad de la intervención

Con relación a las correlaciones todas fueron positivas, lo que se traduce en que, a mayores niveles de autoeficacia, se obtienen mayores valores del indicador de respuesta.

Antes de la aplicación de la intervención, se puede afirmar que no hay evidencia para rechazar la hipótesis estadística de que las variables anteriores presentan algún grado de relación en el grupo experimental ( $r = 0,213$ , valor- $p = 0,395$ ). No obstante, dicha relación sí se vislumbra en el grupo control ( $r = 0,489$ , valor- $p = 0,04$ ).

En el caso de las mediciones intermedia y posterior a la intervención, se planteó una situación hipotética futura para evaluar la respuesta de las pacientes frente a una nueva experiencia con los síntomas de enfermedad coronaria, lo cual generó la relación entre las variables con valores altos en los coeficientes de correlación conducentes al rechazo de la

hipótesis nula en las mediciones intermedia y final, con lo cual se logra determinar la eficacia de la estrategia de manejo cognitivo en la respuesta de la mujeres a los síntomas coronarios.

### Discusión

Los resultados de este trabajo de investigación permitieron establecer que existe una correlación positiva en el grupo experimental entre las acciones de respuesta al síntoma de enfermedad coronaria y los niveles de autoeficacia general luego de la aplicación de la estrategia de manejo cognitivo de los síntomas, hallazgo que se mantiene en la medición intermedia y final. De lo anterior, se puede deducir que la estrategia de manejo de enfermería, basada en elementos cognitivos, contribuye a que el indicador de respuesta aumente con una dosis de intervención de tres semanas.

Pese a que no existen antecedentes de intervenciones basadas en autoeficacia y dirigidas específicamente a mejorar la respuesta de la mujer frente al síntoma de enfermedad coronaria y orientarla hacia la consulta rápida al servicio de urgencias, investigaciones previas que han integrado el componente cognitivo y las estrategias de automanejo de la salud probaron su efectividad estableciendo relaciones medibles entre la capacidad personal de ejecutar un determinado comportamiento y la supresión de conductas de riesgo.

Por ejemplo, la revisión sistemática realizada por Jovicic, Holroyd-Leduc & Straus (2006), demostró que un grupo de pacientes con falla cardíaca que participaron en programas de autogestión, basados en elementos cognitivos, mejoraron la adherencia a los tratamientos no farmacológicos e incrementaron los

comportamientos relacionados con la salud. De igual forma que en la revisión realizada por Barth, Critchley & Bengel (2008), donde se demostró el efecto positivo de las intervenciones psicológicas para dejar de fumar.

Dos estudios, realizados por Janssen, De Gucht, Van Exel & Maes (2014) y Slovynec D'Angelo, Pelete, Reid & Huta (2014), comprobaron que una serie de intervenciones relativamente cortas, y sustentadas en elementos cognitivos como la autoeficacia, la entrevista motivacional y la autorregulación, son capaces de incitar y mantener la adherencia al ejercicio al finalizar rehabilitación cardíaca.

HwangyKim (2015) por su parte, demostraron la eficacia de una intervención grupal personalizada desarrollada para realizar cambios en los estilos de vida y mejorar los factores de riesgo cardiovasculares sobre la autoeficacia general, los niveles de ansiedad y los síntomas depresivos de un grupo de 56 pacientes que habían sufrido por primera vez un evento coronario.

Para el fenómeno de respuesta al síntoma, y con el propósito de reducir la demora en la búsqueda de atención sanitaria, varios autores han fundamentado las intervenciones realizadas en teorías cognitivas y psicológicas, como el modelo para la autorregulación del comportamiento de Leventhal (McKinley et al., 2009; O'Brien, McKee, Mooney, O'Donnell, & Moser, 2014). También, se han propuesto intervenciones con enfoque educativo-comprendido que se apoyan con seguimientos telefónicos y materiales de apoyo (Darsin Singh, Ahmad, Rahmat, & Hmwe, 2016; Fors et al., 2015; Kim, Lee, Kim, Kang, & Ahn, 2014; Wang et al., 2014). Con relación al

desenlace secundario del presente estudio, los resultados no lograron demostrar que una estrategia de manejo de enfermería (basada en elementos cognitivos y orientada a mejorar la respuesta de la mujer frente a la experiencia del síntoma de enfermedad coronaria) fuera más eficaz que la intervención convencional ofrecida durante la rehabilitación cardíaca sobre el puntaje de autoeficacia general obtenido durante las mediciones preliminar, intermedia y posterior.

### **Limitaciones**

Como limitaciones del presente estudio, se encuentran en primera medida el hecho de haber utilizado una técnica de muestreo no probabilístico y a su vez haber incrementado el valor del error tipo II al realizar el recálculo del tamaño muestral (sobre información empírica), lo cual, a pesar de presentar un ajuste por pérdidas del 25%, podría afectar la capacidad de generalizar los resultados obtenidos de la investigación. Sin embargo, el diseño y ejecución de la investigación garantizan el cumplimiento de los demás parámetros de validez.

Desde la medición, una restricción que puede evidenciarse es la aplicación de un instrumento de autoeficacia general. En este caso, es posible que el uso de una escala genérica (no específica para autoeficacia cardíaca) afecte la precisión en la medición de esta variable.

En cuanto a la validez interna, la literatura refiere la importancia de la aleatorización a los grupos para garantizar que sean comparables o equivalentes y contrarrestar el sesgo de selección (Calva-Mercado, 2000; Lazcano Ponce et al., 2004). Sin embargo, la introducción de los sujetos a la investigación

se realizó a partir de criterios de inclusión y criterios de homogeneidad de las asistentes a programas de rehabilitación cardíaca, lo cual garantiza un procedimiento sistemático.

Con relación a la mortalidad, el ajuste realizado a las pérdidas, correspondiente al 25%, respondió a la realidad del ambiente clínico en el que se aplicó la intervención y al grado reducido de convocatoria y participación voluntaria de las pacientes.

Adicional a lo anterior, otra de las limitaciones que pueden observarse en la presente investigación es el periodo de seguimiento de la intervención educativa. Aunque los resultados mostraron un impacto positivo sobre la respuesta a los síntomas con una intervención corta (tres semanas), por el diseño de la estrategia de manejo no se pudo establecer la eficacia de la misma a largo plazo.

La explicación de que los resultados positivos obtenidos no permitieron identificar una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de autoeficacia en las acciones de respuesta del grupo experimental comparado con el grupo de control podría explicarse a partir de lo referido por Carpi, Zurriaga, González, Marzo Campos, & Buunk (2010), quienes destacan que, pese a que la autoeficacia ha demostrado tener un valor predictivo en la intención y conducta frente a una determinada situación, es un constructo que depende de múltiples factores, como por ejemplo las creencias, las situaciones, la percepción de barreras o las limitaciones externas y la percepción de control del sujeto.

## Conclusiones

### **Desde el punto de vista del uso del Modelos y Teorías de enfermería**

El uso de los referentes teóricos y conceptuales propios permite al enfermero aproximarse de forma más precisa a los fenómenos de la práctica. En el caso de este estudio, en particular, facilitaron el diseño de la estrategia de manejo central, pues permitieron plasmar de forma sencilla los objetivos de la investigación y contemplar a la mujer como protagonista principal de su cuidado, diferente al manejo tradicional empleado para el cuidado de la salud en el cual el profesional es el encargado de tomar las decisiones y dar las directrices.

### **Desde la medición y los instrumentos utilizados**

Con relación al uso de la escala de respuesta que hace parte del Instrumento sobre la experiencia del síntoma en la mujer con SCA: percepción, evaluación y respuesta (Céspedes, 2012), cabe resaltar la facilidad y precisión que aportó el instrumento para realizar la medición del indicador de respuesta al síntoma. Con relación a la Escala de Autoeficacia General, desarrollada por Schwarzer y Jerusalem (1995), se pudo medir, de forma general, los niveles de autoeficacia percibida. Sin embargo, en posteriores investigaciones, sería útil aplicar instrumentos que midan de forma específica la autoeficacia cardiaca y evaluar su efecto en el desarrollo de intervenciones cognitivas.

### **Desde el conocimiento generado**

Para la profesión de enfermería, por su carácter de disciplina holística e integral, resulta conveniente incluir en el desarrollo de

sus intervenciones de cuidado componentes cognitivos y aspectos psicosociales que afecten a largo plazo y de forma sustancial las respuestas humanas de individuos, familias y comunidades frente a los procesos de salud – enfermedad. Del desarrollo de esta investigación, con enfoque de género, también se deriva un aporte que pretende impactar políticas sanitarias nacionales y locales que contemplen entre otros aspectos, las diferencias en la respuesta a los síntomas de enfermedad coronaria en mujeres.

### **Desde la traslación del conocimiento a la práctica en los servicios de rehabilitación cardiaca de abordaje disciplinar y multidisciplinar**

En la actualidad, resulta esencial para el profesional de enfermería que lidera los servicios de cardiología identificar las necesidades de las mujeres que ingresan a los programas de rehabilitación cardiaca y unificar esfuerzos con los demás miembros del equipo de trabajo a fin de particularizar el cuidado brindado desde el contexto de la salud cardiovascular, disminuir la deserción e incrementar la adherencia a los programas. Para ello, las estrategias aplicadas no deben basarse exclusivamente en la resolución de vacíos educativos, sino que deben orientarse a la modificación de conductas y comportamientos que faciliten la adaptación de la mujer a hábitos saludables, identificación y manejo de factores de riesgo, asimilación de la propia vulnerabilidad, reconocimiento adecuado de los síntomas asociados a enfermedad coronaria y consulta oportuna a los servicios de emergencia.

## Agradecimientos

Como autora quiero agradecer a la Convocatoria del Programa Nacional de Proyectos para el fortalecimiento de la investigación, la creación y la innovación en

posgrados de la Universidad Nacional de Colombia 2013-2015 por el apoyo económico dado para el desarrollo de este proyecto.

## Referencias bibliográficas

1. Madsen, R., & Birkelund, R. (2016). Women's experiences during myocardial infarction: Systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 599-609. <https://doi.org/10.1111/jocn.13096>
2. Vallvé, C., Artés, M., y Cobo, E. (2005). Estudios de intervención no aleatorizados (TREND). *Med Clin*, 125 (Supl. 1), 38-42.
3. Des Jarlais, D., Lyles, C., y Crepaz, N. (2004). TREND Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health*, 94(3), 361-6.
4. Smith, M.J., y Liehr, P.R. (2008). *Middle Range Theory for Nursing*. 2da ed. New York Springer, 344 p.
5. Céspedes, V. (2012). Síntomas en la mujer con síndrome coronario agudo: desde las pruebas de validez. *Av en Enfermería*, 30(2), 25-38.
6. Schwarzer, R., y Bäßler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia general. *Ansiedad y estrés*, 2(1), 1-8.
7. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
8. Organización Panamericana de la Salud. (2005). Orientaciones técnicas para el diseño y validación de materiales educativos para la iniciativa regional escuelas promotoras de la salud. Washington.
9. Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas - organización mundial de la salud. (2002). Pautas éticas Internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Recuperado a partir de [http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm)
10. Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 (1993). Colombia.

11. Asociación Médica Mundial. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
12. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). Informe Belmont.
13. Jovicic, A., Holroyd-Leduc, J. M., & Straus, S. E. (2006). Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC cardiovascular disorders*, 6, 43. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-6-43>
14. Barth, J., Critchley, J., & Bengel, J. (2008). Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006886>
15. Janssen, V., De Gucht, V., Van Exel, H., & Maes, S. (2014). A self-regulation lifestyle program for post-cardiac rehabilitation patients has long-term effects on exercise adherence. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(2), 308-321. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9489-y16>.
16. Slovinec D'Angelo, M. E., Pelletier, L. G., Reid, R. D., & Huta, V. (2014). The roles of self-efficacy and motivation in the prediction of short- and long-term adherence to exercise among patients with coronary heart disease. *Health Psychology*, 33(11), 1344-1353. <https://doi.org/10.1037/hea0000094>
17. Hwang, S. Y., & Kim, J. S. (2015). Risk Factor-tailored Small Group Education for Patients with First-time Acute Coronary Syndrome. *Asian Nursing Research*, 9(4), 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.07.00519>.
18. McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., ... Pelter, M. (2009). The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1037-1046. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.01220>.
19. O'Brien, F., McKee, G., Mooney, M., O'Donnell, S., & Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 179-187. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.022>
20. Darsin Singh, S. K., Ahmad, A., Rahmat, N., & Hmwe, N. T. T. (2016). Nurse-led intervention on knowledge, attitude and beliefs towards acute coronary syndrome. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12240>

21. Fors, A., Ekman, I., Taft, C., Bjorkelund, C., Frid, K., Larsson, M. E., ... Swedberg, K. (2015). Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care - A randomised controlled trial. *International journal of cardiology*, 187, 693-699. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.336>
22. Kim, S. S., Lee, S., Kim, G., Kang, S. M., & Ahn, J. A. (2014). Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program in patients with coronary heart disease in Korea. *Nurs Health Sci*, 16(4), 476-482. <https://doi.org/10.1111/nhs.1215524>.
23. Wang, W., Lopez, V., Chow, A., Chan, S. W. C., Cheng, K. K. F., & He, H. G. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of a self-help psychoeducation programme on outcomes of outpatients with coronary heart disease: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2932-2941. <https://doi.org/10.1111/jan.12397>
24. Calva-Mercado, J. J. (2000). Estudios clínicos experimentales. *Salud Pública de México*, 42(4).
25. Lazcano Ponce, E., Salazar-Martínez, E., Gutiérrez Castrellón, P., Ángeles Llerenas, A., Hernández Garduño, A., & Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Pública de México*, 46(6).
26. Carpi, A., Zurriaga, R., González, P., Marzo Campos, J. C., & Buunk, A. (2010). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9(2), 423-432.
27. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Causal beliefs, cardiac denial and pre-hospital delays following the onset of acute coronary syndromes. *J Behav Med*. el 2 de diciembre de 2008;31(6):498-505.
28. Riesgo A, Bragulat E, López-barbeito R, Sánchez B, Miró O. Aproximación diagnóstica al dolor torácico en urgencias: ¿existen diferencias entre mujeres y hombres? *Emergencias*. 2008;20:399-404.
29. Ferraz-Torres M, Belzunegui-Otano T, Marín-Fernandez B, Martínez-García Ó, Ibañez-Beroiz B. Differences in the treatment and evolution of acute coronary syndromes according to gender: what are the causes? *J Clin Nurs*. septiembre de 2015;24(17-18):2468-77.
30. Carbajosa J, Llorens Soriano P, Diéguez Zaragoza S, Carratalá Perales JM, Díaz Dámaso J, Martínez Beloqui E, et al. Influencia del sexo del paciente en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2011;23(2):87-92.