

# Modelo conceptual del manejo del síntoma: evaluación y crítica

**Temática:** epistemología.

**Aporte a la disciplina:** el modelo conceptual del manejo del síntoma (MCMS) ha sido utilizado ampliamente, y ha obtenido resultados muy importantes en la generación de conocimientos nuevos, relevantes para la investigación y la práctica, ya que ha logrado abordar varios síntomas en diferentes etiologías, ha demostrado su utilidad y relevancia en la producción de conocimientos, y ha brindado herramientas que le permiten al enfermero identificar, prevenir e intervenir los síntomas. El MCMS cuenta con características dentro su estructura conceptual, teórica y empírica que le permiten ser aplicado en el área clínica e investigativa de una forma sencilla; asimismo, se puede seleccionar una parte de él, según la necesidad o fenómeno, lo que demuestra el aporte novedoso a la ejecución de un cuidado respaldado por un modelo conceptual de enfermería o el desarrollo de una investigación con un sustento teórico novedoso y sólido, totalmente pertinente para cualquier fenómeno.

## RESUMEN

**Objetivos:** evaluar, analizar y criticar el modelo conceptual del manejo del síntoma a partir de los pasos planteados por Fawcett en 2013, y mostrar la relevancia que tiene este ejercicio académico en el área investigativa, tanto a nivel académico como asistencial en enfermería. **Materiales y métodos:** se realizó una búsqueda sistemática de piezas de investigación, las cuales fueron sometidas a un proceso de lectura crítica por medio de la aplicación de las siguientes herramientas: Critical Appraisal Skills Programme (CAPS) para las piezas de investigación cualitativas, MacMaster University para las piezas de investigación de tipo cuantitativo, el rigor metodológico y la estructura conceptual teórico-empírica planteada por Fawcett en 2013, con lo cual se garantizó la calidad de las piezas de investigación seleccionadas. **Resultados:** se logró identificar los planteamientos del modelo conceptual del manejo del síntoma y de investigaciones donde se utilizó este modelo como marco teórico para realizar una evaluación y crítica de este, en la que se tuvieron en cuenta: sus orígenes, el enfoque único del modelo, su congruencia lógica, la generación de teoría, su credibilidad y las contribuciones para la disciplina de enfermería, que corresponden a los pasos recomendados por Fawcett para la evaluación crítica de modelos conceptuales. **Conclusión:** a

doi: 10.5294/aqui.2018.18.3.6

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Bernal-Cárdenas CY, Céspedes-Cuevas VM, Sanhueza-Alvarado OI. Modelo conceptual del manejo del síntoma: evaluación y crítica. *Aquichan*. 2018; 18(3): 311-326. doi: 10.5294/aqui.2018.18.3.6

1 orcid.org/0000-0001-7953-2314. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. cybernalc@unal.edu.co  
2 orcid.org/0000-0001-9728-0704. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. vmcespedesc@unal.edu.co  
3 orcid.org/0000-0002-0184-8957. Universidad de Concepción de Chile, Chile. osanhue@udec.cl

Recibido: 14/12/2017  
Enviado a pares: 06/03/2018  
Aceptado por pares: 13/06/2018  
Aprobado: 15/06/2018

pesar de ser un modelo conceptual nuevo cuenta con fuertes bases teóricas y filosóficas que permiten su aplicación a cualquier fenómeno referente a la experiencia de los síntomas; sin embargo, se debe realizar más investigación donde se haga uso de las dimensiones de “los componentes de estrategias de manejo de los síntomas” y “resultados”, ya que un amplio volumen de investigación realizada hasta el momento ha hecho uso de la dimensión “la experiencia de los síntomas”.

#### PALABRAS CLAVE

Investigación en enfermería; educación en enfermería; modelos de enfermería; evaluación de síntomas; investigación en evaluación de enfermería (Fuente: DeCS).

# *Conceptual Model Symptom Management: Critical Evaluation*

## ABSTRACT

**Objectives:** The purpose of this study was to evaluate, analyze and critique the conceptual model for symptom management based on the steps outlined by Fawcett in 2013, and to show the relevance of this academic exercise in the field of research, both at the academic level and in terms of nursing care. **Materials and methods:** A systematic search of pieces of research was conducted and they were subject to a critical reading process through the application of a series of tools; namely, the Critical Appraisal Skills Program (CAPS) for qualitative pieces of research, the MacMaster University Critical Review for Quantitative Studies, and the methodological rigor and theoretical-empirical conceptual structure proposed by Fawcett in 2013. This guaranteed the quality of the selected pieces of research. **Results:** It was possible to identify the approaches featured in the conceptual model for symptom management and the studies in which it has been used. This process provided a kind of theoretical framework for evaluating and commenting on the model. It took into account the origins of the model, its unique approach, and logical congruence, generation of theory, its credibility and its contributions to the discipline of nursing, all of which pertain to the steps recommended by Fawcett for a critical evaluation of conceptual models. **Conclusion:** Despite being a new conceptual model, it has a strong theoretical and philosophical footing that enables it to be applied to any phenomenon related to symptoms experience. However, more research should be done using the aspects focused on "components of symptom management strategies" and "results," since a large volume of the research done so far has made use of the "systems experience" dimension.

## KEYWORDS

Nursing Research; education, nursing; models, nursing; symptom assessment; nursing evaluation research (Source: DeCS).

# *Modelo conceitual de gestão de sintoma: avaliação e crítica*

## RESUMO

**Objetivos:** avaliar, analisar e criticar o modelo conceitual do manejo do sintoma a partir dos passos propostos por Fawcett em 2013, e mostrar a relevância que esse exercício acadêmico tem para a área de pesquisa, tanto no âmbito acadêmico quanto no assistencial em enfermagem. **Materiais e métodos:** realizou-se uma busca sistemática de peças de pesquisa, as quais foram submetidas a um processo de leitura crítica por meio da aplicação das ferramentas: Critical Appraisal Skills Programme (Caps) para as peças de pesquisa qualitativa, MacMaster University, para as peças de pesquisa quantitativa, o rigor metodológico e a estrutura conceitual teórico-empírica proposta por Fawcett em 2013, com o que se garantiu a qualidade das peças de pesquisa selecionadas. **Resultados:** pôde-se identificar as propostas do modelo conceitual do manejo do sintoma e de pesquisas em que esse modelo foi utilizado como referencial teórico para realizar uma avaliação e crítica dele, em que se consideraram: suas origens, a abordagem única do modelo, sua congruência lógica, a geração de teoria, sua credibilidade e as contribuições para a disciplina de enfermagem, que correspondem aos passos recomendados por Fawcett para a avaliação crítica de modelos conceituais. **Conclusão:** embora seja um modelo conceitual novo, conta com fortes bases teóricas e filosóficas que permitem sua aplicação a qualquer fenômeno referente à experiência dos sintomas; contudo, deve-se realizar mais pesquisas em que se utilizem as dimensões dos “componentes de estratégias de manejo dos sintomas” e “resultados”, já que um amplo volume de pesquisa realizada até o momento tem utilizado somente a dimensão “a experiência dos sintomas”.

## PALAVRAS-CHAVE

Pesquisa em enfermagem; educação em enfermagem; modelos de enfermagem; avaliação de sintomas; pesquisa em avaliação de enfermagem (Fonte: DeCS).

## Introducción

La necesidad de contar con elementos y conceptos propios de la disciplina hace evidente la noción de cuidado como distintivo en la atención del ser humano en una situación de salud y enfermedad. Al respecto, enfermería comenzó a hacer planteamientos conceptuales que pudieran respaldar cada una de sus actividades, lo que permitió poco a poco conformar marcos de conocimiento explícitos y muy bien sustentados, que más adelante se convirtieron en un modelo conceptual (MC), y se ubicaron dentro de una jerarquía de abstracción, luego de los metaparadigmas y las filosofías, como la más amplia y fuerte base para el desarrollo disciplinar y científico de la disciplina. Como lo plantea Popper (1), los MC son “un horizonte de expectativas” que proporciona un marco de referencia distintivo, el cual le brinda al investigador una forma de observar e interpretar a profundidad una realidad, y ofrecen elementos para observar e interpretar los fenómenos de interés para enfermería; los MC están conformados por un conjunto de conceptos relativamente abstractos y generales que se dirigen a los fenómenos de interés dentro de la disciplina (2), lo que es interpretado erróneamente como conceptos de difícil entendimiento y compleja aplicación en la vida real del quehacer diario del profesional de enfermería (2).

La importancia de los MC radica en ofrecer una manera sistemática de entender los fenómenos, guiar las acciones y proporcionar un marco para la aplicación de los conceptos (2) a fenómenos específicos por medio del planteamiento de teorías de rango medio (TRM), con el uso de investigación respaldada en un modelo conceptual o una parte de este, lo que demuestra su valor en el desarrollo científico de enfermería (1).

Es de resaltar cómo los MC evolucionaron de las observaciones empíricas y las concepciones intuitivas de enfermeras(os) en el área clínica o de deducciones que forman ideas creativas a partir de diferentes campos de indagación, como es el caso del modelo conceptual del manejo del síntoma (MCMS) desarrollado por Dodd, *et al.* (3), que a pesar de ser relativamente nuevo ha sido ampliamente utilizado en diferentes fenómenos abordados por medio de investigaciones que han reportado su utilidad, como se mostrará a continuación, por lo cual se realizó una crítica teórica que permitió identificar sus fortalezas y debilidades.

## Materiales y métodos

Para la realización de la crítica teórica del MCMS se llevó a cabo una búsqueda de las piezas de investigación en las bases de datos: PubMed vía Medline, BVS, EBSCO, Scopus, ASC, Dynamed, OVID Journals, OVID Nursing e ISI Web of Science; la búsqueda se realizó durante un periodo de 6 meses, desde abril hasta septiembre del año 2017, y reportó un total 126 artículos, los cuales fueron filtrados por medio de la lectura del título y el resumen, con lo cual se logró seleccionar 52 artículos que fueron sometidos a una lectura crítica por medio de la aplicación de las siguientes herramientas: CAPS para las piezas de investigación de tipo cualitativo, MacMaster University para las piezas de investigación de tipo cuantitativo, el rigor metodológico y la estructura conceptual teórico-empírica planteada por Fawcett (1), lo cual garantizó la calidad de las piezas de investigación seleccionadas, que correspondió a 36 artículos de investigación publicados en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2017, donde se hacía evidente la utilización del MCMS. Adicional a este proceso se consultaron y se utilizaron las recomendaciones dadas por Fawcett (4), referentes a la crítica de MC, siguiendo cada uno de los pasos que recomienda, lo que garantizó la realización de un ejercicio que refleja un proceso descriptivo, de razonamiento analítico y de crítica del MCMS; los pasos que se desarrollaron fueron los siguientes:

### ***Paso 1: orígenes***

El primer paso en el análisis de un MC de enfermería es el examen de cuatro aspectos de sus orígenes. En primer lugar, la descripción de la evolución histórica del MC de enfermería, y la descripción de la motivación del autor para su desarrollo. En segundo lugar, la descripción de los reclamos filosóficos del autor sobre las estrategias de enfermería, y el desarrollo de conocimientos que se utilizan para formular el MC de la disciplina. En tercer lugar, las influencias en el pensamiento del autor de académicos de enfermería y de los estudiosos de disciplinas complementarias. Finalmente, en cuarto lugar se especifica la identificación de la visión del mundo en el MC de enfermería (4).

### ***Paso 2: enfoque único del modelo***

En este segundo paso se hace un examen de su enfoque único, que se deriva de la identificación y comprensión del objetivo general de enfermería dentro del MC, el cual corresponde a la

impronta con la que cuentan cada uno de los modelos, ya que estos abordan diferentes fenómenos o situaciones de enfermería, lo que determina su enfoque único (4).

### ***Paso 3: congruencia lógica***

Este paso se lleva a cabo inicialmente a fin de categorizar el contenido del MC en los conceptos: seres humanos, medio ambiente, salud y enfermería, luego se identifican las proposiciones no relacionales que definen y describen los conceptos, y, finalmente, las proposiciones que relacionan los conceptos son extraídas y clasificadas de acuerdo con los vínculos entre los cuatro conceptos metaparadigmáticos planteados dentro del MC de enfermería (4).

### ***Paso 4: generación de teoría***

En este paso se evalúa y juzga el grado en que el MC conduce a la generación de teoría, donde lo que se espera es que los conceptos abstractos y las proposiciones del MC sean suficientemente claras para que aquellos de las grandes teorías y de las teorías de rango medio permitan deducir hipótesis comprobables y posteriormente formularlas (4).

### ***Paso 5: credibilidad del modelo***

El objetivo final de la evaluación de la credibilidad es determinar cómo los MC de enfermería son apropiados para su uso en ciertas situaciones de la práctica y en poblaciones específicas. En particular, la credibilidad es examinada por medio de la definición de los criterios de utilidad, congruencia y significado sociales dentro del MC (4).

### ***Paso 6: contribuciones para la disciplina de enfermería***

La sexta y última etapa de la evaluación corresponde a la identificación de las contribuciones del MC a la disciplina de enfermería por medio de su aplicación en diferentes investigaciones y distintos fenómenos, aspecto que puede ser descrito de una forma tan general por los autores, como el mismo MC. Para desarrollar este paso se requiere un juicio de valor con respecto a las contribuciones del modelo a la disciplina de enfermería. Las afirmaciones no deben hacerse sobre la base de la comparación de un modelo con otro, al contrario, cada modelo de enfermería

debe ser juzgado por sus propios méritos y en concordancia con sus propias afirmaciones filosóficas (2).

## **La crítica teórica en investigación como herramienta fundamental para la comprensión del conocimiento disciplinar**

En el momento que un investigador en el área de enfermería se enfrenta a la definición de un marco teórico que le permita respaldar el planteamiento de su investigación y el fenómeno por abordar debe garantizar que tanto las piezas de investigación como el MC o teoría correspondan a conocimiento y planteamientos relevantes frente a dicho fenómeno, donde se cuente con varias estrategias para garantizar este aspecto, una de ellas corresponde al proceso de crítica teórica que permita hacer una evaluación y crítica con la cual pueda justificar su selección. Por lo anterior, desde hace muchos años los profesionales de enfermería se han comenzado a preocupar por ser consumidores de la mejor evidencia científica y teórica; al respecto, Burns y Groves (1) indicaron que en las décadas de los cuarenta y cincuenta la investigación de enfermería generó críticas que no eran agradables; en consecuencia, se llevó a cabo poca investigación en enfermería hasta los años ochenta y noventa. Lo interesante es que hasta el momento todos los estudios tienen algunas imperfecciones, pero ese argumento no corresponde a una razón válida para no realizar investigaciones, al contrario, esto ha permitido diseñar los análisis centrados en las limitaciones y fortalezas de los estudios (4).

Es esencial que los enfermeros(as) hagan un uso más consciente y constante de la crítica teórica en la literatura y de las teorías que utilizan en sus planteamientos e investigaciones, ya que de esta forma pueden hacer un aporte importante a los conocimientos propios de la disciplina y a la expansión de la teoría o MC.

## **Análisis y evaluación del modelo conceptual del manejo del síntoma**

El análisis y la evaluación del MCMS se realizó a partir de los pasos planteados por Fawcett (4), teniendo en cuenta cada uno de los parámetros, los planteamientos reportados por los autores principales de este modelo, así como de la literatura adicional

consultada con base en las necesidades que se generan en el transcurso del presente estudio.

## Orígenes

El modelo se desarrolla desde el interés que surge en la Facultad de Enfermería de la Universidad de San Francisco, California (USFC), por un grupo de académicos y estudiantes que veían cómo los síntomas les generaban angustia y alteración en el funcionamiento social a los pacientes con cáncer, y cómo el manejo de estos síntomas y los resultados se convertían en una responsabilidad del paciente y de los miembros de su familia; además, identificaron que la investigación existente hasta ese momento solo se dirigía a un síntoma, que podía ser el dolor o la fatiga, o a la evaluación de los síntomas asociados con la depresión y los trastornos del sueño. Sin embargo, la práctica clínica y el desarrollo de la investigación mostró la necesidad de un planteamiento teórico que permitiera abordar varios síntomas al tiempo y de diferentes etiologías, por lo cual consultaron literatura relevante en enfermería como lo reportado por Larson (5), Orem, citado por Céspedes (6), Sorofman, *et al.* y Lenz, citados por Humphreys *et al.* (7), y planteamientos desarrollados por otras disciplinas como los realizados por Bandura (8), Cameron y Leventhal (9), Cioffi (10), Teel (11), y Suchman, Harvey y Mahler, y Leventhal, citados por Humphreys *et al.* (7), Cioffi (10), lo que les permitió conformar unas fuertes bases teóricas para el posterior planteamiento de un MC por medio del cual se brindarían estrategias de manejo de síntomas para ser aplicadas en entornos agudos, ya que pocos modelos habían sido probados empíricamente (3, 12). A continuación se ampliará y analizará cada uno de los planteamientos realizados por los autores mencionados.

El desarrollo de este modelo partió del modelo de gestión del síntoma de Larson (5), que plantea un enfoque integrado sobre el tratamiento de los síntomas referente al efecto de la gestión de estos en la consecución de los resultados deseados, y cómo este corresponde a un proceso de una evaluación continua; define el síntoma como una experiencia subjetiva que refleja cambios tanto en el componente biopsicosocial como en la cognición de un individuo.

La conceptualización se basó inicialmente en modelos que habían sido desarrollados desde enfermería: el modelo de autocuidado de Orem, citada por Larson (5), que describe cómo las enfermeras ayudan a los pacientes a satisfacer sus requisitos de autocuidado; el modelo de autocuidado de los síntomas de So-

rofman *et al.*, citada por Larson (5), que describe la respuesta de una persona a los síntomas, o el reconocimiento de estos y su evaluación, la consulta, la consideración e implementación del tratamiento, y el resultado de los síntomas; finalmente, dentro de sus bases teóricas se evidencia una teoría de mediano rango que plantea la sincronía en la ocurrencia de más de un síntoma, como señala Lenz (7).

Posteriormente, se identificaron otros modelos dentro de sus bases teóricas que corresponden a planteamientos realizados desde otras disciplinas, como la antropología, la sociología y la psicología, dentro de los cuales se encuentran: Bandura (8), que diserta sobre los comportamientos sociales; Cameron y Leventhal (9) hacen planteamientos sobre la autorregulación del síntoma; Cioffi (10) y Teel (11) muestran los procesos cognitivos para el manejo de los síntomas; Suchman, citada por Humphreys *et al.* (7) plantea que el síntoma es una señal que representa una anomalía causada por una enfermedad identificada del individuo; Harvey y Mahler, citados por Humphreys *et al.* (7) identifican los factores que afectan el proceso de toma de decisión, como los cognitivos y emocionales, y Leventhal (9) y Cioffi (10), quienes plantean el razonamiento bayesiano que implica la toma de decisiones basadas en la lógica y la probabilidad frente a una experiencia del síntoma.

Dentro de estas posturas se pueden identificar puntos en común, como los componentes cognitivos, que corresponden a un elemento fundamental para tener en cuenta cuando se aborda la experiencia de los síntomas, como en cada uno de los planteamientos se tienen en cuenta diferentes momentos dentro de dicha experiencia, lo que finalmente influirá en la respuesta o las conductas de los individuos frente a esta, y, adicionalmente, esta experiencia está influenciada por unas variables contextuales.

El MCMS es amplio y abarca una extensa variedad de condiciones contextuales de cualquier síntoma, en las que se consideran las correlaciones de las dimensiones del modelo (3), dentro de este se considera que la experiencia del síntoma no ocurre en el vacío, sino que interactúa con una serie de factores que incluyen las características personales, ambientales y el estado de salud de la persona (13); gracias a esto el MC es altamente generalizable, como se pudo comprobar en el trabajo realizado en el Centro para el Manejo del Síntoma de la Facultad de Enfermería de la Universidad de San Francisco, donde trabajan aproximadamente

170 profesionales de distintas disciplinas, y en donde cada uno de ellos desarrolla investigaciones sobre diversos fenómenos, en las que se comprueban partes del MC en diferentes asuntos por medio de varios métodos investigativos (7).

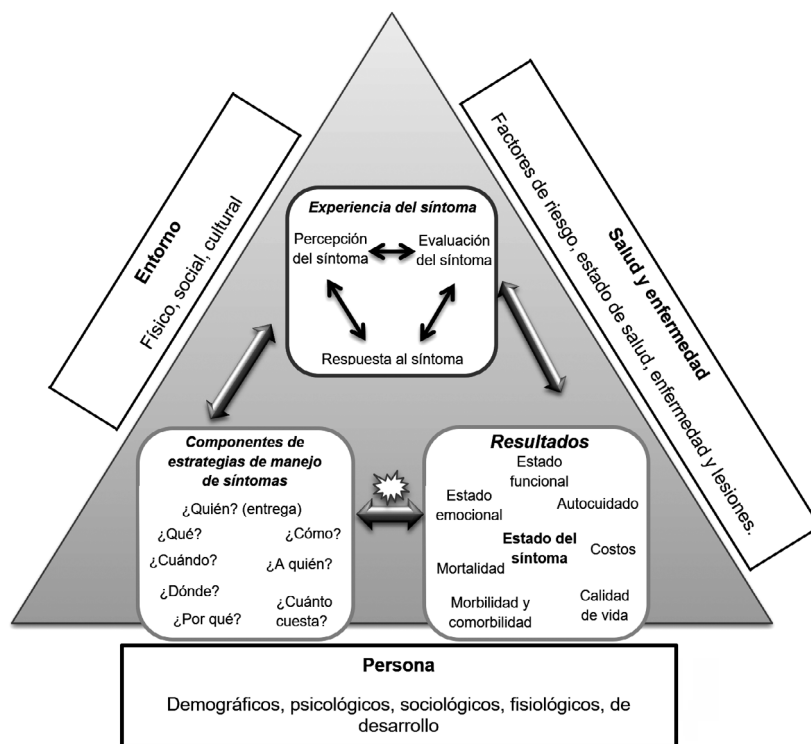
El modelo de gestión de síntomas de la UCSF fue revisado en 2001 (3), se utilizaron algunos estudios de investigación publicados para construir una estructura basada en evidencia que permitiera comparar y contrastar los conceptos; posteriormente, en la revisión de 2008, se modificaron ligeramente los conceptos y la naturaleza de las relaciones entre los conceptos, y se hizo explícita la influencia de los dominios persona, medio ambiente y salud/enfermedad; el modelo se situó en estas esferas (3).

El modelo tiene múltiples partes interrelacionadas dentro de un contexto específico (figura 1) donde se desarrollan los

fenómenos; el contexto y la experiencia de los síntomas son aspectos importantes dentro del modelo, lo que legitima la acción; las relaciones dentro de la experiencia de los síntomas son recíprocas por medio del modelo; la realidad es relativa, multidimensional y depende del contexto, y el ser humano es una entidad integrada, no reducible a partes discretas, que tienen significado dentro del entorno del individuo que cursa por la experiencia del síntoma, e interactúa con otros seres humanos y su contexto, por lo cual el modelo se ubica dentro de una *visión del mundo de interacción recíproca*.

Es muy importante analizar cómo desde la experiencia clínica en el cuidado brindado a pacientes con cáncer las enfermeras(os) identifican la necesidad o el vacío en el conocimiento propio de un marco conceptual que les permita abordar los síntomas de estos pacientes y logran, con un arduo trabajo científico, obtener el

**Figura 1.** Representación algorítmica del modelo conceptual de manejo del síntoma



Fuente: desarrollado por los autores a partir de los planteamientos de Dodd *et al.* (3).



planteamiento de un MC, a tal punto de crear un centro de atención de este fenómeno, que continúa con la generación de investigación en torno a este, proceso que siempre ha estado liderado por enfermería; esta experiencia debe ser replicada, ya que en el área clínica siempre surgen necesidades prioritarias por intervenir, que pueden ser comunes y para las cuales no exista un respaldo teórico y conceptual, lo que puede despertar el interés de un grupo de enfermeras(os) que, por medio de la investigación, den respuesta a estas necesidades, competencias que deben ser estimuladas desde el área clínica, con lo cual se permitiría reducir la brecha entre la academia y la práctica asistencial.

## Enfoque único del modelo

El MCMS asegura un enfoque integral de la gestión de los síntomas que abarque la experiencia, las estrategias integradas de manejo y los resultados, a fin de permitir una sistematización de la gestión de los síntomas, proporcionar la dirección para el desarrollo de investigaciones y las estrategias para el cuidado, en busca de una mitigación de los efectos adversos de estos en la vida de los individuos, lo cual requiere de mayor investigación en los diferentes niveles de evidencia que permitan la comprobación y expansión del modelo, investigación que se desarrolla en diferentes grupos de pacientes y en distintas etiologías; de la misma forma, se demuestra su utilidad en la formación profesional, en la atención primaria, en la identificación de necesidades prioritarias por intervenir, y en las acciones de cuidado por desarrollar en el área clínica (14).

Inicialmente, el modelo planteó como foco principal los síntomas, ya que estas experiencias subjetivas por lo general causan la mayor angustia, pero posteriormente, gracias al trabajo científico realizado en la Facultad de Enfermería de la USFC, en el Centro de Investigación de la Gestión del Síntoma, se replanteó el foco principal hacia el individuo con uno o varios síntomas de cualquier etiología, lo que permitió garantizar aún más un enfoque integral del modelo.

Este tipo de enfoque permite a las enfermeras(os) contar con elementos conceptuales para abordar integralmente y de una forma oportuna las necesidades de cuidado de sus pacientes, lo que justifica cada vez más llevar a la práctica asistencial los MC y las teorías, que erróneamente se considera un proceso complejo para llevar a cabo.

## Congruencia lógica y generación de teoría

El MC plantea la definición de metaparadigmas, los cuales son planteados por los autores como los dominios de la ciencia de enfermería (persona, salud/enfermedad y medio ambiente), pero esta no se define explícitamente dentro del modelo; el metaparadigma planteado influye en las tres dimensiones: experiencia del síntoma, estrategias y resultados de gestión, y se define de la siguiente forma:

**Persona:** corresponde a las variables demográficas, psicológicas, sociológicas y filosóficas; son intrínsecas a la forma de un punto de vista individual correspondiente a la experiencia de los síntomas, incluye el nivel de desarrollo o la maduración de un individuo (3).

**Salud y enfermedad:** se compone de variables únicas para el estado de salud o enfermedad de un individuo, e incluye factores de riesgo, lesiones o discapacidades; asimismo, contiene efectos directos e indirectos sobre la experiencia del síntoma, la gestión y los resultados (3).

**Medio ambiente:** se refiere a la suma de condiciones o el contexto en que se produce un síntoma, es decir, incluye variables físicas, sociales y culturales. El entorno físico puede abarcar el hogar, el trabajo y el hospital. Los aspectos sociales incluyen la propia red de apoyo social y las relaciones interpersonales. Los aspectos culturales del medio ambiente son aquellas creencias, valores y prácticas exclusivos de un grupo étnico, racial o religioso determinado (3).

**Enfermería:** no se encuentra definida de manera explícita, pero implícitamente se puede identificar cómo el modelo determina que la enfermera debe brindar un cuidado holístico, que requiere un conocimiento previo para el abordaje de la experiencia del síntoma y sus factores asociados, con lo cual sea capaz de generar confianza y apoyo (3).

Como se evidencia, los conceptos metaparadigmáticos se encuentran claramente definidos y considerados dentro del MC, con el respaldo de investigaciones referentes a la experiencia del síntoma con diferentes etiologías e individuos; además se presenta una clara definición de los conceptos y subconceptos propios del modelo.

Las proposiciones no relacionales se identifican dentro de las definiciones conceptuales de cada metaparadigma, y las proposiciones relacionales se evidencian dentro de la estructura de los conceptos y subconceptos del modelo, a fin de establecer una relación entre ellos de forma bidireccional. Para tener más claridad, a continuación se definirán cada uno de ellos.

**Experiencia de los síntomas:** incluye la percepción de un síntoma en un individuo, la evaluación de su significado y la respuesta a este (3).

**Percepción de los síntomas:** se refiere a si una persona nota un cambio en la forma en que generalmente se siente o se comporta (3).

**Evaluación del síntoma:** las personas evalúan sus síntomas emitiendo juicios sobre la gravedad, la causa, la capacidad de tratamiento y el efecto de estos en sus vidas (3).

**Respuesta a los síntomas:** las respuestas a los síntomas incluyen componentes fisiológicos, psicológicos, socioculturales y conductuales (3).

**Estrategias de manejo de síntomas:** corresponden al objetivo del tratamiento de los síntomas, evitan o retrasan un resultado negativo por medio de estrategias biomédicas, profesionales y de autocuidado (3).

**Resultados:** surgen de las estrategias de manejo y de la experiencia de los síntomas. En el modelo revisado, la dimensión de resultados se centra en ocho factores: quién, qué, cuándo, dónde, por qué, cuánto cuesta, a quién y cómo (3).

Dentro del modelo se plantea la necesidad de investigar acerca de la correlación de estos conceptos para identificar la fuerza entre ellos y la expansión de las dimensiones, así como estrategias ante el síntoma y la respuesta, ya que la dimensión más utilizada en diversas investigaciones corresponde a la experiencia de los síntomas.

Los supuestos del modelo de gestión de los síntomas son seis:

- El estándar de oro para el estudio de los síntomas se basa en la percepción del individuo que experimenta el síntoma y su autoinforme (3).

- El síntoma no tiene que ser experimentado por un individuo para aplicarle este modelo de manejo. El individuo puede estar en riesgo para el desarrollo del síntoma debido a la influencia (impacto) de una variable del contexto, como un peligro en el trabajo. Las estrategias de intervención podrían iniciarse antes de que un individuo experimente los síntomas (3).
- Los pacientes no verbales (bebés, posictus, afásicos) pueden experimentar síntomas, la interpretación de estos la pueden hacer los padres o cuidadores, esta interpretación se supone que es exacta a los efectos de la intervención (3).
- Todos los síntomas molestos deben ser gestionados (3).
- La estrategia de gestión puede estar dirigida a una persona, un grupo, una familia o el entorno del trabajo (3).
- La gestión de los síntomas es un proceso dinámico, es decir, que es modificado por los resultados individuales y las influencias de los dominios de enfermería de persona, salud, enfermedad o medio ambiente (3).

En la actualidad, la complejidad en el alto volumen de actividades que desarrollan las enfermeras(os) en el área clínica, que en la mayoría de los casos corresponden a actividades administrativas, ha generado que se olviden las definiciones metaparadigmáticas que respaldan el quehacer de enfermería, que ubican al individuo dentro de un contexto propio e individual, lo que determinará el cuidado que se debe brindar; sin embargo, al no tener presentes estos elementos, el cuidado se convierte en una actividad meramente mecanicista e instrumental.

## Generación de teoría

El MC ha sido ampliamente utilizado en diferentes investigaciones, con diversos métodos y en distintos grupos poblacionales con diferentes etiologías, lo que ha permitido su expansión y comprobación en algunos componentes, con resultados muy interesantes y conocimientos muy útiles para la disciplina.

Este modelo nació a partir de la experiencia que habían tenido las autoras en el cuidado brindado a pacientes con cáncer y de diversas investigaciones realizadas por ellas mismas en el área de oncología, por lo cual el MC tiene un importante volumen de investigación realizado que se ha aplicado a diferentes fenómenos dentro del área de oncología, que se ha mantenido hasta la

actualidad, tal es el caso de una investigación que abordó diferentes síntomas de pacientes con cáncer de útero, donde se utilizó el MCMS para describir la experiencia de la fatiga, la angustia psicológica, los recursos para la respuesta y la calidad de vida; este estudio logró identificar una correlación significativa entre la fatiga y la ansiedad, y entre la fatiga general y la depresión (15).

Los primeros trabajos donde se comenzaron a utilizar los planteamientos del MC fueron los desarrollados en la UCSF, como los de Kohlman *et al.*, citados por Larson (5), quienes en su investigación inicial exploraron la experiencia de los síntomas del paciente y las respuestas a la disnea; su estudio descubrió la diversa experiencia de los síntomas de los individuos y la variedad de términos que los pacientes usaron para describirla. Ellos produjeron algunas de las evidencias más tempranas para la dimensión de la disnea, y han seguido con la exploración de la angustia relacionada con la disnea en el contexto clínico (5).

El mayor volumen inicial de investigación basado en el MC corresponde al realizado en áreas de pacientes con cáncer, disnea y diabetes mellitus, que ha progresado hasta el punto en que los investigadores han descrito experiencias de síntomas de los pacientes, han desarrollado estrategias de manejo y realizado pruebas de su eficacia (5).

El significativo volumen de investigación donde se comenzó a utilizar el MCMS desde un abordaje descriptivo permitió generar en otros investigadores el interés por desarrollar estudios cuantitativos a partir del MCMS, como se podrá identificar a continuación.

El MC ha brindado herramientas adecuadas para la creación de modelos de atención en pacientes y etiologías específicas, como es el caso de un modelo de atención para mujeres afroamericanas con diabetes, que demostró la facilidad de la adaptación del MC para este fenómeno, y logró comprobar su efectividad (6, 15); de la misma forma, en Asia utilizaron el MC en el planteamiento de un modelo de intervención para personas de la tercera edad con artritis, que facilitó tanto la investigación de este fenómeno como la práctica clínica que les permitió comprender las experiencias de los síntomas incapacitantes en las personas con artritis, sus estrategias de manejo y los resultados (16).

El MC ha permitido abordar fenómenos de forma novedosa, como es el caso del área del cuidado paliativo, donde el MC se

utilizó para la identificación de las barreras que bloquean los esfuerzos para aliviar la carga de los síntomas al final de la vida brindados por enfermería, con el uso de dos componentes del modelo: las estrategias de gestión de los síntomas y las barreras relacionadas con el dominio del medio ambiente (los contextos físico, social y cultural en los que se producen los síntomas), para determinar su impacto en el alivio de los síntomas; allí se promueve el uso del MCMS a fin de identificar y corregir los impedimentos para el manejo eficaz de los síntomas y reducir el sufrimiento del paciente al final de la vida (17).

En el área cardiovascular el MC ha demostrado ser de muy alta utilidad en el abordaje de diferentes fenómenos, como en la generación de instrumentos; tal es el caso de una investigación donde por medio de la identificación de subgrupos de mujeres con síndrome coronario agudo (SCA) según la experiencia del síntoma: percepción, evaluación y respuesta, se desarrolló un instrumento para la medición de los tres componentes que permitió hacer una comprobación teórica por medio de la verificación de los planteamientos del MCMS, específicamente en la primera dimensión (experiencia del síntoma), lo que generó un aporte a la teoría (6, 18). Igualmente, dentro de la dimensión de "la experiencia del síntoma" se han realizado investigaciones donde se ha comprobado la correlación que existe entre sus componentes, específicamente entre la evaluación y la respuesta, lo que permitió comprobar los planteamientos realizados por el MCMS (19). En la actualidad está en curso una investigación donde se pretende identificar los factores psicosociales que influyen en la toma de decisiones de las mujeres con síntomas coronarios (20). A nivel internacional, el MC ha permitido identificar cómo el género afecta los resultados cardiovasculares; así, las mujeres tienen mayor morbilidad y mortalidad después de una cirugía de *bypass* coronario y después del infarto del miocardio (21).

El modelo ha sido muy útil en la descripción de la experiencia de los síntomas, como es el caso de una investigación que describió las acciones de respuesta de la mujer y el tiempo de demora para solicitar ayuda ante los síntomas que sugieren un síndrome coronario agudo, donde se utilizó el instrumento diseñado por Céspedes (22); esta investigación permitió comprender el fenómeno de respuesta de las mujeres ante los síntomas de SCA, expandió el MC y demostró la utilidad del instrumento diseñado (23).

El instrumento de Céspedes (18) ha demostrado tener cualidades psicométricas para su uso por otros investigadores, por

medio de publicaciones de la fase investigativa psicométrica para demostrar su validez; como se señaló, fue diseñado para medir la experiencia de mujeres con SCA según la percepción, evaluación y respuesta a los síntomas a partir del MCMS (7). Además de estos reportes de investigación se han documentado aportes importantes para el diseño de instrumentos y para la medición de los datos obtenidos por esta herramienta, específicamente lo que tiene que ver con la direccionalidad de los ítems y cómo esto incide en la validez, la objetividad y la confiabilidad de los instrumentos de medición (23).

Desde un nivel de comprobación, se realizó una investigación donde se desarrolló una estrategia de manejo cognitivo de los síntomas de enfermedad coronaria en la mujer, elaborada a partir del MCMS, y comprobó la importancia de incluir elementos cognitivos y enfoque de género dentro de los programas de rehabilitación cardíaca (24).

## Credibilidad del modelo

### *Utilidad social*

El Centro de Investigación para la Gestión de los Síntomas de la USFC realiza una formación especial en varios aspectos centrales del fenómeno de la experiencia de los síntomas y el MC para estudiantes de doctorado y posdoctorado por medio de unas becas.

En cuanto a la posibilidad de la aplicación de este MC a la práctica por medio de protocolos se han desarrollado varias exploraciones, como por ejemplo, en el área del cuidado paliativo, donde aplicaron el MC para expandir la comprensión de las necesidades de los pacientes moribundos y las barreras ambientales que les impiden recibir los cuidados necesarios (17); asimismo, utilizaron el modelo como marco conceptual para un programa de educación que busca formar líderes en enfermería clínica que permita evaluar eficazmente los síntomas del paciente y desarrollar estrategias de manejo efectivas con resultados óptimos (25).

Por lo anterior, se ha hecho evidente cómo el MC ha sido útil para hacer investigación en la práctica con individuos de todas las edades y diferentes condiciones de salud. Además, han derivado protocolos para la práctica y herramientas de valoración del estado de la salud en pacientes oncológicos y cardiovasculares (7).

El modelo ha sido fuertemente utilizado en investigación referente a síntomas causados por diferentes tipos de cáncer, también se ha utilizado en el desarrollo de instrumentos para medir la experiencia del síntoma en pacientes con alteraciones cardiovasculares, y es eje fundamental en el desarrollo de investigación y de atención dentro de la práctica de enfermería en el centro del manejo del síntoma de la USFC, donde trabaja un amplio grupo multidisciplinario liderado por enfermería que genera un alto volumen de investigación en diferentes líneas, ha sido fuertemente investigado en la primera dimensión del modelo (7).

### *Congruencia social*

Es relevante mencionar los instrumentos generados por el MC, ya que ha brindado herramientas para que el profesional de enfermería evalúe la experiencia de los síntomas de los pacientes que a diario cuidan (19). La investigación existente referente a la aplicación del modelo en la práctica no es suficiente, se hace necesario hacer más investigación que demuestre la utilidad de este modelo en diferentes patologías y diversos grupos, ya que existe un amplio volumen de investigaciones realizadas en oncología y el área cardiovascular; de la misma forma, es necesario aportar investigación en las otras dos dimensiones del modelo (estrategias de manejo de los síntomas y resultados), ya que lo abordado a nivel investigativo corresponde a la dimensión de la experiencia del síntoma.

### *Significancia social*

Por medio de investigaciones el MC ha producido conocimiento relevante para dar solución a diferentes fenómenos relacionados con la gestión de los síntomas, principalmente en el área de oncología, donde se han desarrollado clúster de síntomas en personas con cáncer gástrico sometidas a gastrectomía (26), e intervenciones en unidades oncológicas para su manejo (27), con lo cual se ha logrado unificar conocimientos que le permitan en un futuro al profesional de enfermería intervenir oportunamente un grupo de síntomas específico según las prioridades que identifique en sus pacientes previamente valorados.

## Contribuciones para la disciplina de enfermería

A pesar de que el modelo es relativamente nuevo ha demostrado su utilidad y relevancia en área clínica e investigativa, con

elementos capaces de abordar cualquier fenómeno y su correspondiente experiencia de los síntomas; el MC requiere de mayor difusión en la academia para su uso en los diferentes niveles de formación de enfermería, a fin de brindar herramientas novedosas para el desarrollo de nuevas investigaciones en cualquier nivel de evidencia científica y su utilidad en las experiencias de cuidado a las que se enfrenta el profesional de enfermería día a día.

El MCMS cuenta con características dentro su estructura conceptual, teórica y empírica que le permiten ser aplicado en el área clínica e investigativa de una forma sencilla, a partir del seguimiento de un proceso metódico y sistemático; no necesariamente tiene que ser utilizado todo el modelo, se puede seleccionar una parte de él, según la necesidad o fenómeno, lo que demuestra el aporte novedoso a la ejecución de un cuidado respaldado por un MC de enfermería o el desarrollo de una investigación con un sustento teórico novedoso y sólido, totalmente pertinente en cualquier evento.

## Discusión

La contribución realizada por Fawcett (1, 2) referente a los elementos que se deben evaluar en el momento de la selección de un MC para su uso dentro de una investigación permitió identificar, por medio de un proceso de análisis crítico, los atributos más relevantes del MCMS. A pesar de ser un MC relativamente nuevo ha sido utilizado ampliamente por diferentes investigadores, en distintos fenómenos, y ha demostrado su utilidad para dar un respaldo teórico y garantía en la idoneidad de sus planteamientos, ya que hasta el momento se ha comprobado lo planteado por medio de diferentes metodologías investigativas, con diversos niveles de evidencia, y en todos ha sido importante su participación y respaldo a los resultados obtenidos en estas investigaciones.

A pesar de que el MCMS ha sido utilizado ampliamente en el cuidado de enfermería, en las áreas de oncología y cardiovascular, con resultados muy importantes en la generación de conocimientos nuevos, investigadores de otras áreas y fenómenos de interés han aportado conocimientos relevantes para la investigación acerca de su utilidad, ya que han logrado abordar varios síntomas en diferentes momentos dentro de la experiencia en distintas etiologías.

A pesar de su nivel de abstracción, el MCMS es fácil de comprender y de aplicar en diferentes fenómenos; en el área de enfer-

mería cardiovascular se ha comenzado a utilizar y se han obtenido resultados interesantes y relevantes para diversas problemáticas, donde a partir de estos resultados se realizan investigaciones de tipo cuasiexperimental; adicionalmente, este MC brinda elementos para ser aplicados en diversos escenarios en los cuales interviene enfermería, como la atención primaria, la identificación de prioridades y su aplicación en intervenciones y cuidados, aspecto que lo hace más relevante frente a otros MC o TRM que solo son aplicables luego de la presentación del síntoma (6, 25).

Hasta el momento se ha comprobado ampliamente la dimensión de la experiencia de los síntomas, a diferencia de las otras dos dimensiones (estrategias de manejo de los síntomas y resultados), que no han sido significativamente utilizadas en investigación, lo que ha dificultado generar aportes para su comprobación y expansión, por lo cual se recomienda generar investigación en estas áreas.

Este proceso de evaluación y crítica no corresponde a un ejercicio académico fácil de realizar, al contrario, corresponde a un proceso sistemático de suma importancia que respalda la decisión del investigador para la selección y el uso del MC; todo este proceso debe ser plasmado dentro de la investigación, con lo cual se demuestra la fuerza y la relevancia de un MC seleccionado para el abordaje del fenómeno de interés.

Es de resaltar cómo estos procesos de evaluación y de crítica no se evidencian en los reportes de investigación, no queda claro si no se reportan por su no realización, lo que muestra una aceptación y adherencia a los planteamiento del MC sin argumentos, o quizá porque no se considera como un proceso académico relevante por lo cual no es tenido en cuenta en las publicaciones científicas. Así el MC haya sido sometido a un proceso de evaluación y de crítica previa por otros autores, en nuevos usos de este por otros investigadores se debe realizar todo el proceso, ya que estos pudieron refutar planteamientos o expandirlos por medio de sus investigaciones, o generar teorías de mediano rango a partir de los MC, y estos elementos deben ser tenidos en cuenta en el caso de ser utilizados en nuevas investigaciones.

En el caso del uso de teorías de rango medio (TRM), la realidad no es diferente cuando se usan MC, ya que tampoco se logra identificar bajo qué criterios los investigadores seleccionaron su teoría para abordar determinados fenómenos. Fawcett (2, 4) también plantea al respecto una serie de pasos para realizar evaluación,

análisis y crítica para TRM, con el mismo rigor que plantea para los MC, por lo cual vale la pena hacer uso de estas recomendaciones cuando se utilice una TRM, proceso que debe quedar plasmado en el documento final de la investigación, así como en publicaciones científicas donde se haga evidente el proceso, y de esta forma se pueda aportar y expandir dicha teoría por medio de su uso como marco teórico en las diferentes investigaciones, teniendo siempre presente como respaldo de su elección un proceso de crítica teórica, lo que determina y demuestra claridad conceptual como garante preliminar para la investigación científica.

Con lo anterior se enfatiza la necesidad de llevar a la práctica los resultados de investigaciones realizadas en enfermería y comprobar lo propuesto en ellas, y de hacer uso de manera continua de los MC, en este caso el MCMS, en diferentes escenarios clínicos, comunitarios y académicos, lo que le brida rigor científico a cada una de las intervenciones de enfermería planteadas.

## Conclusión

---

Se logró evidenciar cómo los pasos recomendados por Fawcett (4) corresponden a una herramienta muy importante para hacer una evaluación y crítica de los MC, previo a su selección como referente dentro de una investigación, proceso que debe ser documentado y publicado dentro de los desarrollos investigativos, ya que corresponde a un ejercicio crítico y analítico relevante, que concierne a un proceso que demanda tiempo y dedicación, donde se debe estar ampliamente capacitados en el uso de estos pasos, a fin de comprender el MC que se critica y evalúa.

Así como es prioritario en el planteamiento de un proyecto de investigación el consultar la mejor literatura científica por medio de la crítica investigativa, con el uso de herramientas como el CAPS, Prisma, Consort, Strobe, Coreq, entre otras, lo que garan-

tiza unas bases teóricas sólidas que respalden el fenómeno, es igualmente importante que se realice un proceso de análisis, evaluación y crítica de los MC o TRM que delimitan el marco teórico y guían en el desarrollo de la investigación, este proceso debe ser ampliamente documentado por su relevancia metódica y aporte a los MC y TRM.

Por medio de la crítica teórica utilizada se logró determinar que el MCMS, a pesar de ser un MC nuevo, posee unos fuertes orígenes tanto teóricos como filosóficos, por lo cual ha sido ampliamente utilizado en diferentes fenómenos, con distintos diseños de investigación, y ha demostrado congruencia en sus planteamientos, comprobados por medio de diversas investigaciones, lo que ha permitido expandir el MC, a demás de ser ampliamente generalizable en personas con fenómenos de diferente origen etiológico. Cabe resaltar la necesidad de desarrollar más investigación en las dimensiones de componentes de estrategias de manejo y en la de resultados, ya que la mayoría de estudios producidos hasta el momento han sido en la dimensión de la experiencia del síntoma.

Este ejercicio académico de evaluación crítica es esencial dentro de un proceso de investigación o cuando un grupo de enfermeras en las áreas clínica o comunitaria decidan hacer uso de un MC o TRM para intervenir un fenómeno de su interés, lo que respaldaría con contundencia su decisión; tal es el caso del uso del MCMS que brinda elementos conceptuales, teóricos y empíricos aplicables, lo que daría solución a fenómenos y problemáticas a los cuales se encuentran enfrentados día a día. De la misma forma existen instrumentos de MC que pueden ser utilizados en pacientes con experiencias de síntomas de diferente origen etiológico, con lo cual podrían contar con elementos que respalden las propuestas de cuidado e intervención de sus pacientes.

**Conflicto de intereses:** ninguno declarado.

## Referencias

1. Fawcett J. *Applying Conceptual Models of Nursing: Quality Improvement, Research, and Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2017.
2. Fawcett J, Hall C. A proposed conceptual model of nursing and population health. *Nursing Outlook*. 2015; 63(3): 288-98.
3. Dodd M, Janson S, Facione N, Fawcett J, Froelicher E, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-76.
4. Fawcett J. *Analysis and evaluation of Contemporary Nursing Knowledge, Nursing Models and Theories*. 3 ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2013.
5. Larson PJ. A model for Symptom Management. *Image J Nurs Sch*. 1994;26:272-6.
6. Céspedes VM. *Modelo Conceptual del Manejo del síntoma: clasificación por percepción, evaluación y respuesta de mujeres con síndrome coronario agudo; originada por la construcción de un instrumento validado en Bogotá, Colombia*. Universidad Nacional de Colombia. Tesis doctoral, Doctora en Enfermería, 2009.
7. Humphreys J, Janson S, Donesky D, Dracup K, Lee K, Puntillo K, et al. *A Middle Range Theory of Symptom Management*. 3 ed. Smith MJ, Liehr PR, editors. New York: Springer Publishing CO; 2014.
8. Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *J Manag*. 2012 38(1):9-44.
9. Cameron L, Leventhal EA, Leventhal H. Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a Community-Dwelling, adult sample population. *Health Psychol*. 1993;12(3):171-9.
10. Cioffi D. Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychol Bull*. 1991;109(1):25-41.
11. Teel CS. Perspectives unifying. Symptom interpretation. *J Nurs Scholar*. 1997;29(2):175-81.
12. Boswell C, Cannon S. *Introduction to Nursing Research, Incorporating Evidence - Based Practice*. 2 ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2011.
13. Beebe K, Gay C, Richoux S, Lee K. Symptom experience in late pregnancy. *J Obstet Gynecol Neon Nurs*. 2017.
14. Ahlberg K, Ekman T, Wallgren A, Gaston-Johansson F. Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *J Advan Nurs*. 2004;45(2):205-13.
15. Skelly AH, Leeman J, Carlson J, Soward A, Burns D. Conceptual model of symptom-focused diabetes care for african americans. *J Nurs Scholar*. 2008;40(3):261-7.
16. Shin SY. Disability intervention model for older adults with arthritis: An integration of theory of symptom management and disablement process model. *Asian Nurs Res*. 2014;8:241-6.
17. Jablonski A, Wyatt G. A model for identifying barriers to effective symptom management at the end of life. *J Hosp Pall Nurs*. 2005;7(1):23-36.
18. Céspedes-Cuevas VM. Atipicidad en la mujer con enfermedad coronaria: propuesta de medición y clasificación. *Av Enferm*. 2015;33(1):10-8.
19. Bernal-Cárdenas CY. *Relación entre la evaluación y respuesta de los síntomas en mujeres con síndrome coronario agudo*. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2014.
20. Castañeda-Valencia CR. *Factores psicosociales que influyen en la toma de decisiones de las mujeres con síntomas coronarios*. Tesis Doctoral. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2017.
21. Rankin S. Differences in recovery from cardiac surgery: A profile of male and female patients. *Heart and Lung*. 1990;19:481-6.

22. Padilla-García CI, Sáenz-Montoya X. Respuestas de la mujer frente a los síntomas de síndrome coronario agudo basados en el modelo conceptual del manejo de los síntomas. *Av Enferm.* 2014;32(1):102-13.
23. Céspedes-Cuevas VM, Tristán López A. Influencia de la direccionalidad de los ítems en los resultados de instrumentos de medición. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología.* 2014;10(1):29-43.
24. Motta-Leon CP. Eficacia de una estrategia de manejo cognitivo de los síntomas de enfermedad coronaria en la mujer. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2017.
25. Maag MM, Buccheri R, Capella E, Jennings DL. A conceptual framework for a clinical nurse leader program. *J Prof Nurs.* 2006;22(6):367-72.
26. Carrillo-González M. Grupo de síntomas en adultos con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía. Tesis Doctoral. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2016.
27. Dodd M, Miaskowski C, Paul S. Clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2001;20(3): 465-9.