

Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería  
Subdirección de Posgrado e Investigación



Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la  
Autogestión de la Enfermedad Crónica

Por

MCE. Janeth Wendolyne Molina Sánchez

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2024

Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería  
Subdirección de Posgrado e Investigación



Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la  
Autogestión de la Enfermedad Crónica

Por

MCE. Janeth Wendolyne Molina Sánchez

Director de Tesis

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

Como requisito para obtener el grado de  
**DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

OCTUBRE, 2024

Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería  
Subdirección de Posgrado e Investigación



Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la  
Autogestión de la Enfermedad Crónica

Por

MCE. Janeth Wendolyne Molina Sánchez

Co-Directora de Tesis

Bertha Cecilia Salazar González, PhD

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2024

Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería  
Subdirección de Posgrado e Investigación



Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la  
Autogestión de la Enfermedad Crónica

Por

MCE. Janeth Wendolyne Molina Sánchez

Asesor Externo Internacional y Estadístico

Dr. Víctor Manuel Pedrero Castillo

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2024

Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la  
Autogestión de la Enfermedad Crónica  
Aprobación de Tesis

---

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier  
Director de Tesis

---

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier  
Presidente

---

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal  
Secretario

---

Bertha Cecilia Salazar González, PhD.  
1er. Vocal

---

Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde  
2do. Vocal

---

DCE. Ana Laura Carrillo Cervantes  
3er. Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirectora de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías por otorgarme la beca que me permitió cursar el doctorado en Ciencias de Enfermería. Sin su apoyo, este logro no hubiera sido posible.

Agradezco profundamente a la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por su liderazgo y compromiso con la educación, que han sido clave para mi desarrollo.

Agradezco también a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, subdirectora de Posgrado e Investigación, cuya orientación y conocimiento contribuyeron significativamente a este proyecto.

Deseo reconocer especialmente al Dr. Milton Guevara Valtier, mi director de tesis, por su guía incondicional, su sabiduría y su paciencia. Agradezco también al honorable Comité Doctoral: Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Dra. Bertha Cecilia Salazar González, PhD, Dr. Víctor Pedrero Castillo, DCE. Ana Laura Carrillo Cervantes y DCE. Juana Mercedes Gutiérrez. Gracias por fortalecer esta investigación y consolidarla en cada seminario de tesis. Sus valiosos consejos y correcciones han sido esenciales para alcanzar este resultado.

Mi profunda gratitud a mis guías durante este proceso, en especial al Dr. Milton y al Dr. Víctor, quienes no solo me enseñaron a nivel académico, sino que también me ayudaron a crecer personalmente. Siempre los tendré presentes por su dedicación y apoyo incondicional.

A todos los participantes de este estudio, cuya colaboración y disposición hicieron posible esta investigación, les agradezco profundamente. Su contribución es invaluable y ha sido fundamental para el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, agradezco a todos los involucrados en mi educación, quienes me permitieron llevar a cabo este proyecto de vida y me compartieron sus valiosas enseñanzas. Su influencia ha sido esencial para mi crecimiento académico y personal.

## **Dedicatoria**

A mis padres, quienes han sido la fuente de mi curiosidad y la inspiración en mi búsqueda de crecimiento personal. Mis primeros pasos y todos mis logros están dirigidos hacia ustedes.

A mi compañero de vida, gracias por tu impulso y soporte durante este proceso. Tu fe en mí ha sido un pilar en momentos de duda y cansancio.

A Karina Olivas, compañera y amiga, agradezco tu constante apoyo y compañía. Tu amistad ha sido un refugio en los momentos de estrés y una alegría en los logros.

Finalmente, a mi red de apoyo, cuyo impulso y contribución han sido vitales para alcanzar este logro. Siempre llevaré su recuerdo en mi memoria y mi gratitud en la vida.

## Tabla de Contenido

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	8
Modelo Multidimensional de Competencia Cultura	9
Subestructuración	17
Sistema Teórico	17
Sistema Operacional	22
Estudios relacionados	26
Profesionales de enfermería.	26
Personas con Enfermedad Crónica.	29
Síntesis de la Literatura	32
Objetivos Generales	33
Objetivos Específicos	33
Hipótesis	34
Definición de Términos	34
Capítulo II	
Metodología	36
Diseño de estudio	36
Población, muestreo y muestra	36
Criterios de Inclusión	37
Personal de enfermería.	37
Personas con enfermedad crónica.	37
Límite de tiempo y espacio	38
Instrumentos de medición	38
Personal de enfermería	38
Personas con enfermedad crónica	42



## Tabla de Contenido

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Procedimiento de selección de participantes	46
Procedimiento de recolección de datos	46
Consideraciones éticas	48
Plan de análisis de datos	51
Capítulo III	
Resultados	55
Personal de Enfermería	55
Personas con Enfermedad Crónica	69
Capítulo IV	
Discusión	81
Personal de Enfermería	81
Personas con Enfermedad Crónica	87
Limitaciones	93
Recomendaciones	94
Conclusiones	95
Referencias	96
Apéndices	
A. Directorio de unidades de atención	111
B. Cronograma de Actividades	112
C. Cédula de datos sociodemográficos y culturales de los profesionales de salud	114
D. Escala de Identidad Social (Cameron, 2004).	116
E. Escala de medición de competencia cultural para trabajadores de salud (EMCC-14) (Pedrero et al., 2019).	117
F. Escala de actitudes hacia las diferencias culturales (Nevillie et al., 2000)	118
G. Escala de Ansiedad Intergrupala (Stephan, 2014)	119

## Tabla de Contenido

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
H. Escala de Autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente (Assemi et al., 2006)	120
I. Cuestionario Pfeiffer (1975)	121
J. Cédula de datos sociodemográficos y culturales de las personas con enfermedad crónica	122
K. Escala de Identificación Social (Cameron, 2004).	124
L. Escala de Permeabilidad (Armenta et al., 2017)	125
M. Escala de Autogestión: Partners In Health Scale (PHS) (Peñarrieta de Córdova et al., 2014)	126
N. Escala de Percepciones de los pacientes sobre la competencia cultural de los médicos en las interacciones de atención médica (Ahmed & Bateas, 2012)	129
Ñ. Consentimiento Informado de los Profesionales de Salud	130
O. Tríptico informativo para los profesionales de salud	132
P. Tríptico informativo para las personas con enfermedad crónica	134
Q. Consentimiento Informado para las Personas con Enfermedad Crónica.	136
R. Modelos explicativos para la conciencia cultural, así como la conciencia, conocimientos y habilidades culturales para la atención de enfermedades crónicas en profesionales de enfermería	138
S. Modelos de mediación para la relación entre identidad social y competencia cultural (conocimientos, conciencia y habilidades), mediado por las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual)	139
T. Modelos de regresión para el efecto de la identidad social, la permeabilidad de grupo y las percepción de cuidado culturalmente competente sobre la autogestión de la enfermedad crónica y subdimensiones	140

## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Estadística descriptiva de la identidad personal de los profesionales de enfermería	55
2. Estadística descriptiva, normalidad de los datos y consistencia interna de identidad social, resistencias a la diversidad cultural así como competencia cultural	57
3. Correlaciones entre variables de interés en el personal de enfermería	59
4. Identidad Personal de las Personas con Enfermedad Crónica	69
5. Estadística descriptiva, normalidad de los datos y consistencia interna de la identidad social, permeabilidad de grupo, percepción de cuidado culturalmente competente y autogestión de las personas con enfermedad crónica	71
6. Correlaciones entre variables de interés de las personas con enfermedad crónica	72

## Lista de Figuras

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Modelo Multidimensional para el desarrollo de Competencia Cultural	10
2. Proposición de los profesionales de enfermería	21
3. Proposición de las personas con enfermedad crónica	22
4. Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica (MCCE-PAEC).	25
5. Modelo explicativo de la competencia cultural para la atención de enfermedades crónicas en el personal de enfermería	60
6. Modelo explicativo de la conciencia cultural para la atención de enfermedades crónicas en el personal de enfermería	62
7. Modelo explicativo de los conocimientos culturales para la atención de enfermedades crónicas en el personal de enfermería	63
8. Modelo explicativo de las habilidades culturales para la atención de enfermedades crónicas en el personal de enfermería	64
9. Modelos de mediación para la relación entre identidad social y competencia cultural, mediado por las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual) en el personal de enfermería	66
10. Modelo de mediación para la relación entre identidad social y conciencia cultural, mediado por la resistencia emocional en el personal de enfermería	68

## Lista de Figuras

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
11. Modelo de mediación para la relación entre identidad social y habilidades culturales, mediado por la resistencia conductual en el personal de enfermería	68
12. Modelo explicativo de percepción de competencia cultural del personal de enfermería en las personas con enfermedad crónica para la autogestión de sus enfermedades	75
13. Modelo de regresión para el efecto de la identidad social, la permeabilidad de grupo y la percepción de cuidado culturalmente competente sobre la subdimensión de conocimientos sobre la salud y enfermedad	77
14. Modelo de regresión para el efecto de la identidad social, la permeabilidad de grupo y la percepción de cuidado culturalmente competente sobre la subdimensión de adherencia al tratamiento médico y comunicación con el profesional de salud	78
15. Modelo de regresión para el efecto de la identidad social, la permeabilidad de grupo y la percepción de cuidado culturalmente competente sobre la subdimensión de manejo del impacto físico, emocional y social derivado de su enfermedad	79
16. Prueba de hipótesis para las personas con enfermedad crónica	80

## Resumen

Janeth Wendolyne Molina Sánchez  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Octubre, 2024

**Título del Estudio:** Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica

**Número de Páginas:** 140

Candidata para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Cuidado de la salud en: a) Riesgo de desarrollar estados crónicos y b) en grupos vulnerables

**Objetivos y Método de Estudio:** Los objetivos de estudio fueron evaluar la capacidad explicativa del modelo de competencia cultural para la atención de enfermedades crónicas en profesionales de enfermería y determinar la capacidad explicativa del modelo de percepción de competencia cultural del PE en las personas con enfermedad crónica para la autogestión de sus enfermedades. Los objetivos de estudio fueron guiados por el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural. El diseño de estudio fue correlacional predictivo y de prueba de modelo con un enfoque transversal. Las muestras se calcularon con nQueryAdvisor para modelos de regresión lineal múltiple con 14 y 12 variables para personas con enfermedades crónicas y personal de enfermería, respectivamente. Se consideraron un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación de  $R^2 = .09$  y potencia de prueba del 90%, resultando en 255 personas con enfermedades crónicas y 209 miembros del personal de enfermería. Se anticipó una tasa de no respuesta del 10% para ambas poblaciones, el cálculo final de la muestra fue de 284 personas con enfermedad crónica (diabetes tipo 2 e hipertensión), de entre 30 y 69 años de edad que acuden a consulta en el primer nivel de atención y 233 miembros del personal de enfermería con al menos un año de experiencia en el cuidado de personas diagnosticadas con diabetes y/o hipertensión, sin rotación en los departamentos de unidad de cuidados intensivos, quirófano, CEYE, pediatría, ginecología y quimioterapia. Para el personal de enfermería se empleó una cédula de datos sociodemográficos y culturales, así como la escala de identidad social de Cameron, la escala de evaluación para medir competencia cultural, el instrumento CoBRAS, la escala de ansiedad intergrupala de Stephan y la escala de evaluación de autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente. Para las personas con enfermedad crónica se utilizó una cédula de datos sociodemográficos y culturales, así como la escala de identidad social de Cameron, la escala de permeabilidad de los límites de grupo, el instrumento Partners in Health Scale (versión en español) y la escala de evaluación para las percepciones de los pacientes sobre la competencia cultural de los enfermeros en las interacciones de atención de salud. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS V25, se revisó la consistencia interna de todos los instrumentos a través del Coeficiente de Alpha de Cronbach, así como la normalidad de los datos y bondad de

ajuste con la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. La relación entre las variables se analizó mediante correlaciones Spearman, la capacidad explicativa de los modelos se estimó con modelos de regresión lineal múltiple, para el personal de enfermería se realizaron modelos de mediación simple. Se consideraron valores significativos cuando  $p \leq .05$ . El estudio se llevó a cabo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General en materia de Investigación para la Salud.

**Contribuciones y Conclusiones:** Se utilizó la metodología de la subestructuración teórica propuesta por Dulock y Holzmer, de la cual se derivaron dos hipótesis, una para cada población de estudio. El personal de enfermería reportó una edad promedio de 30 años, en su mayoría mujeres. En términos educativos, la mayoría tenía una licenciatura en enfermería y experiencia en el cuidado de personas de diferentes nacionalidades e idiomas. El modelo de competencia cultural en la atención de enfermedades crónicas propuesto predijo el 9.8% de la varianza del comportamiento de CC ( $F [10, 222]=2.41, p \leq .001$ ). Las resistencias conductual y cognitiva se destacaron como predictores significativos, mostrando que una mayor autoeficacia para la CC se asociaba con un mayor comportamiento de competencia cultural, mientras que mayores actitudes negativas del PE se relacionaban con un menor comportamiento de competencia cultural.

Las personas con enfermedad crónica fueron en su mayoría mujeres con una edad promedio de 62 años, la mayoría reportó tener pareja y no trabajar. La principal enfermedad fue la hipertensión arterial, seguida por la diabetes tipo 2. El modelo de percepción de competencia cultural del PE en las personas con enfermedad crónica para la autogestión de la EC propuesto predijo el 20% de la varianza del comportamiento de autogestión ( $F [13, 270]=5.19, p < .000$ ). La escolaridad, la antigüedad con hipertensión arterial, la percepción de bienestar subjetivo y la percepción de cuidado culturalmente competente se destacaron como predictores significativos.

Estos hallazgos pueden ser de utilidad para mejorar la competencia cultural en el personal de enfermería y la autogestión de la enfermedad en personas con enfermedades crónicas. Esto podría contribuir significativamente a mejorar la calidad de la atención médica y el bienestar de los pacientes en entornos diversos y culturalmente sensibles.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **Capítulo I**

### **Introducción**

A nivel mundial, las Enfermedades Crónicas (EC) son consideradas como un problema de salud pública, social y económico, debido a que son la principal causa de discapacidad prematura y engloban el 80% de las muertes; de este porcentaje las personas de 30 a 69 años son las más afectadas. Esto se debe a que este tipo de enfermedades interactúan con factores genéticos, fisiológicos y culturales (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion [NCCDPHP], 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La evidencia ha demostrado que la forma de lograr mejores resultados en salud es a través de encuentros interculturales productivos entre Personas con Enfermedad Crónica (PEC) y Profesionales de Salud (PS). Estos encuentros productivos implican que las PEC cuenten con la información, educación, motivación y confianza para lograr una adecuada conducta de autogestión de la EC. Mientras que para los PS implica tener la destreza, información y recursos necesarios para brindar un adecuado apoyo a la autogestión de las PEC (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013; Wagner, 2001; Winkley et al., 2022).

La autogestión se refiere al grupo de tareas que las PEC deben realizar para vivir bien con una o más enfermedades crónicas. Estas tareas involucran adquirir la confianza para llevar a cabo el manejo médico, la administración del rol y el manejo emocional (OPS, 2013). Mientras que el apoyo a la autogestión se refiere al suministro de educación e intervenciones por parte de los PS con el fin de incrementar las habilidades y confianza de las PEC en el manejo de sus problemas de salud (OPS, 2013; Wagner, 2001).

La importancia de considerar la conducta de autogestión de las PEC y la conducta de apoyo a la autogestión de los PS radica en reconocer la diversidad cultural,



tanto inter como intragrupal, existente entre ambos grupos. La cultura se define como el marco internalizado y compartido en el cual tanto los individuos como los grupos a los que pertenecen interpretan la realidad y experimentan el mundo. Este marco cultural se adapta a los recursos cognitivos, emocionales y materiales disponibles, proporcionando significado tanto a nivel individual como comunitario (Hartigan, 2010; Kagawa-Singer, 1993).

Tanto las personas con enfermedad crónica como los profesionales de salud tienen formas particulares de comunicarse, distintos conocimientos sobre los procesos de salud y enfermedad, y diversos valores culturales y creencias compartidas con sus respectivos grupos de referencia (Sue, 2001; Sue & Sue, 2008; 2015; Tajfel, 1984). Por lo tanto, las interacciones entre las PEC y los PS deben considerarse como encuentros interculturales (Paternotte et al., 2015; Sue & Sue, 2015).

Con esto en mente, se han identificado varios factores que dificultan tanto la conducta de autogestión de las PEC como la conducta de apoyo a la autogestión por parte de los PS. La conducta de autogestión de las PEC ha sido ampliamente estudiada, revelando una serie de factores individuales y culturales que la obstaculizan. Entre los factores individuales se encuentran el estado de salud (presencia de múltiples enfermedades crónicas, consumo de varios medicamentos, fatiga, dolor y deterioro cognitivo); el acceso limitado a recursos financieros, materiales y psicosociales; el conocimiento insuficiente sobre los procesos de salud y enfermedad y el uso de medicamentos; y la angustia psicológica, que incluye estrés, miedo, depresión, ansiedad y la percepción de falta de comprensión por parte del personal de salud sobre el manejo de la enfermedad crónica en el hogar (Schulman-Green et al., 2016).

Así mismo, se han observado a los factores culturales como importantes predictores de autogestión debido a que, en la medida que las PEC perciben que sus creencias, valores y significados son considerados y respetados, tienden a mostrar mejores conductas de autogestión (Schulman-Green et al., 2016). Además, se ha

reportado que estas creencias influyen en las elecciones de las PEC con respecto a la búsqueda de profesionales y tratamientos de salud (Handley et al., 2010; Schulman-Green et al., 2016). No obstante, los aspectos culturales de las PEC raramente se abordan en los encuentros interculturales de salud. Esta falta de comunicación resulta en la desconfianza de las PEC sobre las recomendaciones de cuidado y tratamiento por parte de los PS (Dale et al., 2016; OPS, 2013; Schulman-Green et al., 2016; Wagner, 1996).

La falta de comunicación se identifica como uno de los principales obstáculos para el apoyo a la autogestión por parte del PS. Este problema radica, en gran medida, en el enfoque biomédico tradicional de la prestación de cuidados, que se caracteriza por una relación jerárquica entre los PS y PEC. En este enfoque, la comunicación es predominantemente dirigida por el PS, y el encuentro clínico se centra principalmente en la enfermedad, sin considerar la diversidad cultural de las PEC (OPS, 2013; Wagner, 1996; 2001).

Lo anterior da lugar a conductas sesgadas por parte del PS hacia las PEC, como actitudes negativas, microagresiones, discriminación y consentimiento informado inadecuado (Allegrante et al., 2017; Bauer et al., 2014; Brown et al., 2016; Cheen et al., 2019; Lemstra et al., 2018; Shepherd, 2019; Tang et al., 2019; Vela et al., 2022). Se ha demostrado que estos sesgos son más pronunciados hacia los grupos minoritarios y aumentan con la frecuencia de encuentros interculturales con las PEC (Vela et al., 2022). Por lo tanto, el enfoque biomédico tradicional ha demostrado ser costoso e ineficaz para el tratamiento de las enfermedades crónicas (EC) (Allegrante et al., 2017; OPS, 2013; Wagner, 1996; 2001).

Por lo tanto, para que los PS logren una adecuada conducta de apoyo a la autogestión para las PEC deben ser conscientes de su propia cultura y de la diversidad cultural de las PEC. Así mismo, deben contar con los conocimientos y habilidades necesarias para proporcionar educación e intervenciones eficaces (OPS, 2013; Sue &

Sue, 2015; Wagner, 1996; 2001). Para lograrlo, se considera la Competencia Cultural (CC), la cual se refiere a la capacidad de los PS de integrar la conciencia, el conocimiento y las habilidades culturales necesarias para trabajar eficazmente dentro del contexto cultural del cliente por medio de encuentros interculturales. Esto a través de un enfoque multinivel en donde se incluye el nivel individual (PEC) y profesional (PS) (Alizadeh & Chavan, 2016; Campinha-Bacote, 2002; Paternotte, et al., 2015; Pedrero et al., 2018; Rojas et al., 2021; Sue et al., 1982; Sue, 2001; Sue & Sue, 2008; 2015).

Se considera la CC como un componente esencial para mejorar el apoyo a la autogestión de la EC (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021; The Joint Commision, 2016). Esto se debe a que, cuando la CC está presente en los profesionales de salud y los pacientes la perciben, se generan encuentros interculturales productivos. Estos encuentros son beneficiosos dado que pueden aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir las tasas de morbi-mortalidad y los costos de atención médica (Alizadeh & Chavan, 2016; Be'eri, Beerli, & Cohen, 2019; Cai, 2016; Gerchow, et al., 2020; Sharif et al., 2019; Sue, 2001; Sue & Sue; 2008; 2015).

Sin embargo, se han encontrado vacíos en el conocimiento teórico y empírico sobre la CC tanto desde la perspectiva de los PS como de las PEC. Abordar estos vacíos del conocimiento ayudará a comprender mejor el comportamiento de autogestión de las PEC y la práctica de competencia cultural por parte de los PS, lo cual a su vez promoverá el apoyo a la autogestión de las EC (OPS, 2013; Sue & Sue, 2015; Tajfel, 1984). Este conocimiento es crucial para desarrollar intervenciones eficaces para la gestión de las EC. A continuación, se abordarán primero los vacíos de conocimiento relacionados con las PEC, luego los vacíos respecto a los PS, y finalmente el aporte de conocimiento a la disciplina de enfermería.

Los vacíos de conocimiento en relación con la CC en las PEC se centran en cómo la percepción del cuidado culturalmente competente influye en su conducta de autogestión de la EC (Michalopoulou et al., 2009). Además, no se ha estudiado

adecuadamente cómo la percepción de identidad social de las PEC, es decir, su sentido de pertenencia al grupo de personas con EC afecta su comportamiento de autogestión (Klik et al., 2019). Al explorar estas áreas se esperaba contribuir al conocimiento empírico sobre el manejo de las EC mediante una comprensión más profunda de la conducta de autogestión, y así como proporcionar aportes teóricos para los modelos de CC y teorías de comportamiento, considerando la identidad como un factor predictor de conductas de salud (Klik et al., 2019).

La falta de conocimiento sobre las percepciones de las PEC respecto al cuidado culturalmente competente se debe a que la mayoría de los estudios de CC se han centrado en los PS (Ham & Tak, 2021; Hultsjö et al., 2019; Neilly et al., 2019; Shepherd, 2019; Tong et al., 2021). Sin embargo, para lograr un cambio significativo en la salud de las PEC, es crucial considerar sus percepciones sobre el cuidado culturalmente competente debido a la complejidad de la conducta humana.

Con esto en mente, y dado que los aspectos inter e intrapersonales son observados a través de la identidad en modelos conceptuales de CC como el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural (MMCC) (Sue & Sue, 2015), se aborda la relevancia del segundo vacío de conocimiento en las PEC, que se refiere a la influencia de la identidad social (IS) en el comportamiento de autogestión de las PEC.

La identidad social es importante porque el comportamiento de las personas está influenciado por el grado en el que se identifican como miembros de un grupo (Tajfel, 1984; Turner & Reynolds, 2012; Klik et al., 2019). Cuanto más positivas sean sus percepciones del grupo, más adoptarán sus normas, valores y creencias (Fishbein & Ajzen, 2010; Haslam, 2004; Willis et al., 2020). No obstante, si pertenecen a un grupo socialmente estigmatizado, en este caso las PEC, se pueden usar estrategias para mejorar la percepción de identidad social, entre las que se encuentran: 1) negar su pertenencia al grupo (movilidad individual), 2) redefinir el grupo en términos positivos (creatividad

social) o 3) buscar cambiar el grupo de manera colectiva (competencia social) (Ellemers & Haslam, 2012; Tajfel, 1984; Turner & Reynolds, 2012).

La forma en que las PEC se identifican socialmente es teóricamente importante. Una mayor identificación con el grupo de PEC implica que adoptarán las normas, valores y creencias sobre la autogestión que tiene el grupo. Por el contrario, si se identifican negativamente, usarán estrategias de movilidad individual, creatividad social y/o competencia social, que pueden influir en su comportamiento de autogestión de manera positiva o negativa (Ellemers & Haslam, 2012; Tajfel, 1984; Turner & Reynolds, 2012). Aunque el conocimiento sobre la IS en relación con las conductas de salud sigue en desarrollo, se ha demostrado que la IS es un predictor de autoeficacia para el manejo de EC (Cameron et al., 2018) y en la búsqueda de ayuda en personas con enfermedades mentales (Klik et al., 2019).

En segundo lugar, sobre los vacíos de conocimiento respecto a los PS, se destaca la falta de evidencia sobre cómo las resistencias a la diversidad cultural obstaculizan la práctica de la CC. Además, existe una falta de comprensión sobre la influencia de la identidad IS tanto en la práctica de la CC como en las resistencias a la diversidad cultural. Al estudiar estos vacíos se esperaba brindar aportes significativos al conocimiento empírico, apoyando así la creación de intervenciones eficaces para incrementar el comportamiento culturalmente competente por parte de los PS. Asimismo, contribuir con valiosos aportes teóricos a los modelos de CC y a las teorías del comportamiento, al considerar la IS como un factor predictor de comportamientos en la prestación de servicios de salud.

Respecto a la falta de evidencia sobre las resistencias a la diversidad cultural, se sabe que la investigación sobre la CC se ha centrado en la autopercepción del componente de conocimientos culturales por parte de los PS. Aunque los PS reportan altos niveles de conocimientos culturales, los resultados de las intervenciones realizadas para incrementar la CC no han logrado mantener el comportamiento de CC a largo plazo

(Berhanu et al., 2021; Govere & Govere, 2016; Hart et al., 2019; Lin et al., 2021; Ham & Tak, 2021; Hultsjö et al., 2019; Neilly et al., 2019; Parker et al., 2020; Shepherd, 2019; Tong et al., 2021).

Por lo tanto, es fundamental comprender los factores psicosociales que dificultan la práctica de la competencia cultural (CC), ya que al identificarlos se podrán diseñar intervenciones más precisas que promuevan un cambio conductual. Aunque Sue y Sue (2015) han teorizado sobre las resistencias a la diversidad cultural, estas teorías aún no han sido testeadas. Los estudios se han centrado en la percepción de obstáculos a nivel individual a través de la evaluación de la autoeficacia para la CC, observando que los profesionales de la salud (PS) reportan mayor autoeficacia a mayor edad, experiencia laboral, nivel educativo, categoría laboral y sueldo (Berhanu et al., 2021; Herrero-Hahn et al., 2019; Tong et al., 2021). Sin embargo, estos factores sociodemográficos son difícilmente modificables, y la autoeficacia percibida, por sí sola, podría no traducirse en un cuidado culturalmente competente.

Por otra parte, la relevancia del estudio sobre la influencia que existe entre la identidad social y las resistencias a la diversidad cultural, así como la práctica de CC recae en que el comportamiento de los PS es influenciado por la percepción del grupo de profesionales de salud y esto, a su vez, influye en el nivel de resistencias a la diversidad cultural de los PS (Ellemers & Haslam, 2012; Tajfel, 1984). Así mismo, el comportamiento de los PS con las PEC es influenciado por la percepción que tienen de ellas (Ellemers & Haslam, 2012; Fishbein & Ajzen, 2010; Haslam, 2004; Tajfel, 1984; Turner & Reynolds, 2012; Willis et al., 2020).

Por lo anterior, se considera que la IS de los PS puede predecir la CC y las resistencias a la diversidad de los profesionales de salud. Sin embargo, no se ha encontrado evidencia hasta el momento sobre la identidad social en relación con la CC y las resistencias a la diversidad de los PS. Lo que se sabe hasta el momento es que la IS

ha demostrado ser un facilitador de la actitud hacia la ejecución de comportamientos en salud (Willis et al., 2020).

Por otra parte, el aporte de conocimiento para la disciplina de enfermería se enfatiza en estudiar los vacíos referentes de manera específica en el Personal de Enfermería (PE). Por lo que se esperaba que contribuyera a subsanar los vacíos y permitir, en un futuro, la creación de intervenciones efectivas y eficaces para incrementar la práctica de cuidado culturalmente competente en el PE. Del mismo modo, se podrán realizar intervenciones en las PEC que apoyen la autogestión de su EC con un enfoque en CC. Además, se considera que este estudio brindará aportes en el conocimiento teórico de la disciplina de enfermería respecto al cuidado transcultural.

Por lo anteriormente descrito, los propósitos del presente estudio fueron: 1) evaluar el efecto de la identidad social y las resistencias a la diversidad cultural sobre la competencia cultural de los profesionales de enfermería; y 2) evaluar el efecto de la identidad social y las percepciones de competencia cultural sobre la autogestión de la enfermedad crónica de las personas. Para lo que se emplearon las definiciones teóricas del MMCC (Sue & Sue, 2015).

### **Marco Teórico**

El sustento teórico del estudio propuesto es el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural (Sue & Sue, 2015). Aunque se conocen teorías en enfermería que se aproximan al fenómeno de estudio como la teoría sobre la diversidad cultural y universalidad del cuidado de Leininger (1991), los términos de la teoría son considerados definiciones de orientación en lugar de definiciones operativas y no proporcionan relaciones causales entre ellos, por lo que se puede considerar como un marco poco orientador con un nivel de abstracción alto (Leininger et al., 2002).

La necesidad de utilizar el MMCC recae en que los comportamientos tanto de autogestión por las PEC como de la práctica de cuidado culturalmente competente para

las EC por parte de los PE son sumamente complejos y multifactoriales. Por lo que es necesario conocer los factores involucrados para lograr un cambio de comportamiento en ambas poblaciones de estudio.

Por tal razón, el MMCC (Sue & Sue, 2015) se consideró congruente con la conceptualización y el análisis de concepto de CC, además, cuenta con un enfoque centrado en la interacción, lo cual es consistente con el fenómeno de interés. Así mismo, muestra un referente teórico respecto a la identidad social (Sue et al., 1982; Sue, 2001; Sue & Sue, 2008; 2015). A continuación, se describe el modelo, su objetivo, dimensiones y proposiciones, así como la definición del concepto propuesto de autogestión de las enfermedades crónicas. Seguido de ello se presenta la subestructuración teórica.

### **Modelo Multidimensional de Competencia Cultural**

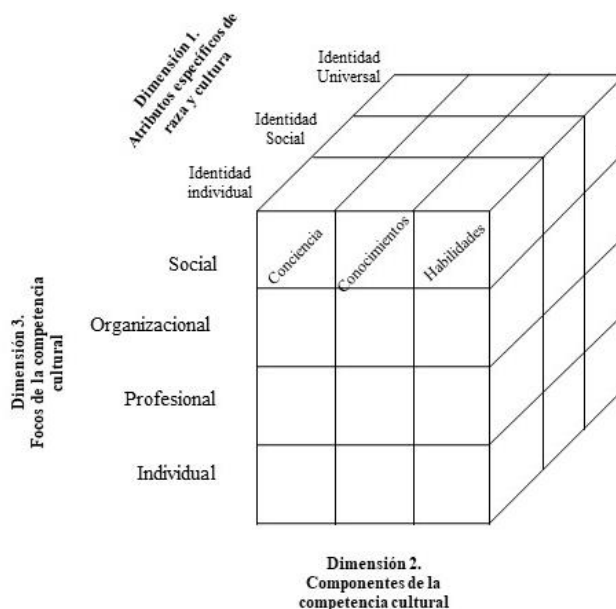
El Modelo Multidimensional de Competencia Cultural (MMCC) es un modelo del área de la psicología social utilizado para brindar terapia y asesoría multicultural. Consta de tres dimensiones, en la primera dimensión se abordan los atributos específicos de raza y cultura, en la segunda dimensión se tratan los componentes de la competencia cultural y en la tercera dimensión los focos de aplicabilidad de la competencia cultural (Sue & Sue, 2015), la esquematización del modelo se puede observar en la figura 1.

El propósito del modelo es destacar la importancia para los profesionales de la salud de tener en cuenta los atributos individuales de las personas. Busca identificar posibles sesgos personales que podrían afectar la atención y garantizar la aplicación efectiva de conocimientos y habilidades para proporcionar atención adecuada a individuos diversos. Además, abarca varios niveles de enfoque para garantizar la prestación adecuada de competencia cultural.



## Figura 1

*Modelo Multidimensional para el desarrollo de Competencia Cultural.*



*Nota.* Un modelo de competencia cultural para el desarrollo de la competencia cultural. Sue (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. Journal of Counseling Psychologist. Copiado sin autorización.

### ***Primera dimensión: Atributos específicos de raza y cultura de la competencia cultural***

En concordancia con el objetivo del MMCC, esta dimensión se encarga de contextualizar los atributos específicos de raza y cultura de las personas, tanto de los profesionales de salud, como de los clientes que reciben la atención. Los atributos específicos de raza y cultura constituyen los aspectos de la identidad, la cual se integra a través de la interacción entre lo que un individuo percibe, interpreta y cómo reacciona hacia el contexto social. Se subdivide en los niveles universal, grupal e individual. Dentro del nivel universal se incluyen las similitudes biológicas y físicas, experiencias comunes como la vida y la muerte, la autoconciencia y la habilidad de usar símbolos de comunicación como el lenguaje (Gómez & Vázquez, 2015; Sue & Sue, 2015).

En el nivel grupal o también llamado identidad social se aborda la definición de uno mismo en términos de afiliaciones con diferentes categorías o grupos. En este nivel

se incluyen los valores culturales, creencias, reglas y prácticas sociales. Los marcadores de grupo pueden ser relativamente estables como la raza, el género, la profesión, enfermedades crónicas, o más fluidos y cambiantes como la educación, el nivel socioeconómico, el estado civil y la ubicación geográfica. Por otra parte, el nivel individual o también llamado identidad personal hace referencia a la singularidad, o la definición de uno mismo en términos de atributos idiosincrásicos personales (Gómez & Vázquez, 2015; Sue & Sue, 2015; Tajfel, 1984).

### ***Segunda dimensión: Componentes de la competencia cultural***

De acuerdo con el MMCC, el siguiente aspecto a considerar después de reconocer las diferencias entre personas es que los profesionales de salud pongan en práctica la Competencia Cultural (CC) para brindar atención. La CC es la capacidad de actuar o crear condiciones que maximicen el desarrollo óptimo de los clientes y de su entorno. Se define como la adquisición por parte del profesional de salud de la conciencia, el conocimiento y las habilidades culturales necesarias para funcionar de manera eficaz, mismos que son los atributos de la competencia cultural (Sue & Sue, 2015).

La conciencia cultural se refiere a la comprensión de los profesionales de salud sobre su propia cultura, antecedentes, experiencias y sesgos que tienen la capacidad de influir en sus creencias, valores y actitudes personales en el contacto con personas culturalmente diversas. De tal forma, que les permita manejar las emociones negativas que puedan generarse a partir de dicho contacto y logren sentir comodidad para brindar una atención imparcial. El conocimiento cultural, se refiere al entendimiento, comprensión y aceptación sin prejuicios de las creencias, valores y significados que tienen los clientes y su grupo cultural sobre el proceso de salud-enfermedad. Las habilidades culturales se refieren a la búsqueda y desarrollo de técnicas de intervención culturalmente apropiadas para los clientes (Sue & Sue, 2015).

### ***Tercera Dimensión: Focos de la competencia cultural***

En esta dimensión se establecen dos niveles en los cuales se debe analizar y aplicar la CC. Estos son el nivel micro el cual incluye al individuo y el nivel macro en donde se abordan a los profesionales de salud, organizaciones y la sociedad. El nivel individual se encarga de identificar las experiencias de sesgo, prejuicio o discriminación vividas por los clientes culturalmente diversos en los encuentros de salud (Sue & Sue, 2001; 2015). Dado al objetivo de este nivel, se propone considerar el caso particular las personas con enfermedad crónica, ya que, debido a su condición de salud tienden a tener múltiples encuentros con profesionales de salud que pueden llevarlos a percibir mayor discriminación. De tal forma que prefieran evitar el contacto con los profesionales de salud, limitando su acceso a la atención y perjudicando de esta forma su conducta de autogestión y su salud (Fingerhut et al., 2022; FitzGerald & Hurst, 2017; Shepherd, 2019; Vela et al., 2022).

El nivel profesional del personal de salud identifica las habilidades que emplean en la atención de pacientes y que pueden no ser adecuadas para clientes culturalmente diversos. Estas habilidades a menudo se basan en estándares etnocéntricos prevalentes en la profesión, que tienden a evaluar la salud desde una perspectiva individualista. Este enfoque asume que un individuo saludable es aquel que se adapta e independiza completamente, sin tener en cuenta las particularidades culturales de cada paciente (Sue & Sue, 2001; 2015). En este contexto, se propone medir específicamente las habilidades de los profesionales de enfermería de brindar cuidados culturalmente apropiados para las personas culturalmente diversas, dado que son los profesionales que mantienen el mayor contacto con los pacientes y, por ende, tienen un papel crucial en la adaptación de su atención a las necesidades culturales de los clientes.

El nivel organizacional, observa si se cuentan con políticas, programas o servicios adecuados a las diferencias culturales. El nivel social identifica si existe invisibilidad del monoculturalismo etnocéntrico, en donde los profesionales de salud

poseen el poder de imponer sus estándares y creencias a los clientes culturalmente diversos (Sue & Sue, 2001; 2015).

### ***Resistencias a la diversidad cultural***

Así mismo, para el desarrollo y aplicación de la CC se deben considerar las resistencias a la diversidad, las cuales son definidas como factores que dificultan la adquisición y práctica de comportamientos culturalmente competentes. Estas resistencias pueden generar sesgos negativos en los profesionales de salud hacia la diversidad cultural de los clientes, o viceversa, lo que dificulta los encuentros interculturales en la atención de salud. La naturaleza de las resistencias puede ser cognitiva, emocional y/o conductual. Se encuentran interrelacionadas entre ellas y son influenciadas por los antecedentes personales y culturales de los profesionales de salud (Sue, 2015; Sue & Sue, 2015).

La resistencia cognitiva a la diversidad cultural suele ser la resistencia inicial después de un encuentro intercultural (profesional de salud-cliente). Se refiere a la creencia de los profesionales de salud de que la diversidad cultural de sus clientes no debe influir en su toma de decisiones para el cuidado y tratamiento. Puede observarse a través de la negación a la diversidad cultural (creencia de igualdad entre clientes) y la negación del poder (minimización de los determinantes sociales en salud) (Neville, et al., 2016; Sue, 2015; Sue & Sue, 2015).

La resistencia emocional a la diversidad cultural se refiere a las respuestas emocionales negativas de los profesionales de salud, producto de valorar negativamente la vivencia o reflexión de encuentros interculturales con clientes culturalmente diversos. La respuesta emocional puede variar en el encuentro intercultural respecto al nivel de ceguera cultural (a mayor nivel de ceguera, menor respuesta emocional) (Fiske & Taylor, 2017; Hagger et al., 2020; William, 2019). La ansiedad intergrupala, se refiere al tipo específico de ansiedad que experimentan las personas cuando anticipan o participan en una interacción intergrupala (Gudykunst, 1995; Stephan, 2014). La ansiedad

intergrupala es una buena representación de las respuestas emocionales que experimentan los profesionales de salud al reflexionar o participar en encuentros interculturales. La ansiedad intergrupala puede tener manifestaciones cognitivas (estereotipos, sesgos y prejuicios), afectivas (emociones negativas) y conductuales (dificultades del habla, cambios en el tono de voz, postura evitativa, entre otros) (Gudykunst, 1995; Stephan, 2014). La resistencia emocional suele ser la resistencia más difícil de superar dado que tiene influencia directa de la resistencia cognitiva e influye inmediatamente la resistencia conductual (Sue, 2015; Sue & Sue, 2015).

Por último, la resistencia conductual se refiere a los factores y creencias de los profesionales de salud que dificultan el comportamiento de CC. Estas resistencias pueden ser de naturaleza interna o externa (Bandura, 1999; Fishbein & Ajzen, 2010; Sue, 2015; Sue & Sue, 2015). Cuando son de naturaleza interna, el comportamiento de CC puede evitarse por tres razones, 1) por que el profesional de salud tiene bajas expectativas de que su comportamiento de CC genere una mejoría en la salud de los clientes (creencias conductuales sobre el comportamiento de CC); 2) por la percepción de presión social por parte del grupo de profesionales de salud por no mostrar comportamientos culturalmente competentes a clientes diversos (creencias normativas sobre el comportamiento de CC); y, 3) por que el profesional de salud no cuente con los conocimientos y habilidades necesarias para tratar a clientes culturalmente diversos (creencias sobre control conductual de CC). Mientras que las resistencias de naturaleza externas se refieren a aquellos factores independientes de los profesionales de salud que impiden o dificultan el comportamiento culturalmente competente (control conductual real) (Bandura, 1999; Fishbein & Ajzen, 2010; Sue, 2015; Sue & Sue, 2015). Por ejemplo, las políticas públicas que restringen el tiempo de atención de salud.

### ***Proposiciones del Modelo Multidimensional de Competencia Cultural.***

Se desprenden múltiples proposiciones del MMCC las cuales pueden ser expresadas como:

- Todas las personas poseen niveles de identidad individual (singularidad), grupal (valores y creencias compartidos) y universal (características comunes del ser humano).
- Cada uno de nosotros nace en una matriz cultural de creencias, valores, reglas y prácticas sociales.
- La raza, el origen étnico y la cultura son variables poderosas para influir en la forma en que las personas piensan, toman decisiones, se comportan y definen eventos, por lo que se concluye que tales fuerzas también pueden afectar la forma en que los diferentes grupos definen una "relación de ayuda".
- Los profesionales de salud culturalmente competentes son aquellos que toman consciencia de sus propios valores y prejuicios, así mismo intentan activamente comprender las creencias del proceso salud-enfermedad de sus clientes culturalmente diversos y buscan activamente el desarrollo y la práctica de estrategias y habilidades de intervención apropiadas, relevantes y sensibles al trabajar con clientes culturalmente diversos.
- Las intervenciones de cuidado son más efectivas cuando los profesionales de salud utilizan modalidades terapéuticas y definen metas que son consistentes con la cultura del cliente.
- Existen factores que pueden actuar como resistencias a la diversidad cultural, los cuales pueden ser manifestaciones conscientes o inconscientes que impiden el logro de la competencia cultural, estas resistencias pueden estar influenciadas por la identidad social e individual.

### **Autogestión de las enfermedades crónicas**

Como se mencionó anteriormente, se propone la integración de la autogestión de las enfermedades crónicas en el MMCC (Sue & Sue, 2015). Con eso en mente, se describe a continuación algunas definiciones de autogestión de las enfermedades crónicas y sus atributos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere a la autogestión como el conjunto de tareas que una persona con una o más condiciones crónicas debe realizar para vivir adecuadamente. Estas tareas implican adquirir la confianza necesaria para tratar con el manejo médico, la administración del rol y el manejo emocional (OPS, 2013).

La definición de autogestión que guió el presente estudio fue la de Barlow et al. (2002), quienes la definieron como la capacidad de una persona para controlar los síntomas y consecuencias de vivir con una enfermedad crónica. Dentro de lo que se incluye controlar la adherencia al tratamiento, conocer acerca de la enfermedad, así como sobre el manejo de los signos, síntomas y efectos secundarios.

Más recientemente, un análisis de concepto elaborado por Van de Velde et al., (2019), define la autogestión para las condiciones crónicas como una capacidad internamente controlada por un individuo activo, responsable, informado y autónomo para lograr cumplir con sus necesidades médicas, emocionales y de rol para su condición crónica (o condiciones crónicas), con apoyo de su red social y los PS.

La autogestión para las enfermedades crónicas cuenta con 10 atributos distribuidos en tres grupos. En el primer grupo se encuentran los atributos orientados a la persona, en donde se incluyen 1) participar activamente en el proceso de atención; 2) asumir la responsabilidad del proceso de atención; 3) tener un punto de vista positivo al hacer frente a la adversidad (Van de Velde et al., 2019).

En el segundo grupo se encuentran los atributos orientados a la persona y su entorno en el que se abordan necesidades para cumplir la autogestión, tales como 4) la necesidad de que la persona este informada sobre su enfermedad, condición, tratamiento y autogestión; 5) la necesidad de una atención individualizada que implica expresar necesidades, valores y prioridades; 6) requiere apertura para asegurar una asociación recíproca con los profesionales de salud; y, 7) exige apertura al apoyo social. En el tercer grupo se resumen los atributos de la autogestión como 8) una tarea de por vida; 9) una

tarea que asume habilidades personales; y 10) el requerimiento de gestión médica, emocional y de rol.

### **Subestructuración**

Para analizar el vínculo de los conceptos del Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica (MCCE-PAEC) se utilizó como modelo parental el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural (MMCC). Los constructos utilizados del MMCC fueron: identidad (individual y social), los cuales forman parte de la primera dimensión referente a los atributos específicos de raza y cultura; la competencia cultural (conciencia, conocimientos y habilidades culturales), la cual forma parte de la dimensión de componentes de la CC; el nivel individual (personas con enfermedades crónicas) y el nivel profesional (profesionales de enfermería), los cuales forman parte de la dimensión sobre los focos de aplicabilidad de la CC; y, por último, las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual).

Se siguió la metodología de la subestructuración teórica propuesta por Dulock y Holzmer (1991), la cual consta de cuatro pasos en donde los primeros dos pasos hacen referencia al sistema teórico y los últimos dos identifican el sistema operativo del estudio.

### ***Sistema Teórico***

**Primer Paso.** En este paso se identifican los constructos y conceptos de interés del modelo parental respecto al fenómeno de interés. Los conceptos clave para el personal de enfermería fueron: identidad del personal de enfermería, resistencias a la diversidad cultural de las PEC y competencia cultural para el cuidado de las EC. Los conceptos clave para las personas con enfermedad crónica fueron identidad de la persona con enfermedad crónica, percepción de cuidado culturalmente competente y



autogestión de las EC. Los conceptos clave del MCCE-PAEC se describen a continuación.

***Personal de Enfermería.*** Se derivó del nivel profesional de la dimensión focos de la competencia cultural del MMCC (Sue & Sue, 2015). Se entiende como Profesionales de Enfermería (PE) a aquellas personas capacitadas para realizar actividades auxiliares, técnicas, profesionales o especializadas para proporcionar cuidados de enfermería según su ámbito de competencia en funciones asistenciales (Diario Oficial de la Federación, 2013; Sue & Sue, 2015).

***Identidad del personal de enfermería.*** La identidad del personal de enfermería se fundamenta en el concepto de identidad dentro de la dimensión de atributos específicos de raza y cultura, tal como se define en el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural (MMCC) de Sue & Sue (2015). Esta identidad abarca tanto aspectos personales como sociales.

La identidad personal del personal de enfermería se refiere a los atributos que conforman su autoconcepto individual. Por otro lado, la identidad social se centra en la definición del personal de enfermería en términos de sus conexiones y pertenencias al grupo disciplinario al que pertenecen. En este contexto, se incluyen las características culturales específicas del grupo al que pertenecen los profesionales de enfermería.

***Resistencias a la Diversidad Cultural de las Personas con Enfermedades Crónicas.*** Se derivan de las resistencias a la diversidad cultural del MMCC (Sue & Sue, 2015). Se refieren a obstáculos de los profesionales de enfermería que dificultan la adquisición y práctica de cuidados culturalmente competentes hacia las personas con enfermedades crónicas. Estas resistencias pueden dificultar los encuentros interculturales en la atención de salud. Su naturaleza puede ser cognitiva, emocional o conductual (Sue & Sue, 2015).

La resistencia cognitiva es la creencia de los profesionales de enfermería de que la diversidad cultural de las personas con enfermedad crónica no debe influir en su toma

de decisiones para el cuidado y tratamiento (Neville et al., 2016; Sue, 2015; Sue & Sue, 2015). La resistencia emocional se manifiesta por respuestas emocionales negativas de los profesionales de enfermería hacia la vivencia o reflexión de encuentros con personas con enfermedades crónicas en la atención de salud (p. ej. ansiedad intergrupala) (Fiske & Taylor, 2017; Gudykunst, 1995; Stephan, 2014; Sue & Sue, 2015; William, 2019). La resistencia conductual se refiere a los factores y creencias de los profesionales de enfermería que dificultan las acciones de cuidado culturalmente competentes (p. ej. evitar contacto intergrupala) (Bandura, 1999; Fishbein & Ajzen, 2010; Sue, 2015; Sue & Sue, 2015).

***Competencia Cultural para el Cuidado de las Enfermedades Crónicas.*** Se desarrollan a partir de la dimensión de componentes de la CC (Sue & Sue, 2015). Esta competencia se define como la capacidad de los profesionales de enfermería para manifestar conciencia, conocimiento y habilidades culturalmente pertinentes en el cuidado de las EC, con el objetivo de optimizar el desarrollo y bienestar de los pacientes con enfermedades crónicas.

La conciencia cultural para el cuidado de las EC implica que los profesionales de enfermería comprendan sus propias influencias, creencias y sesgos personales que puedan afectar su práctica. El conocimiento cultural para el cuidado de EC se refiere a la comprensión y familiaridad de los profesionales de enfermería con las creencias, valores y significados asociados a la enfermedad por parte de los pacientes con EC. Por último, las habilidades culturales para el cuidado de EC comprenden la capacidad de los profesionales de enfermería para buscar e implementar intervenciones culturalmente apropiadas que respondan a las necesidades específicas de los pacientes con EC, considerando su contexto cultural y social (Sue & Sue, 2015).

***Personas con Enfermedad Crónica.*** Se deriva del nivel micro de la dimensión focos de enfoque de la CC (Sue & Sue, 2015). Se entiende por PEC a las personas que cuentan con al menos una enfermedad crónica resultante de factores genéticos,

fisiológicos, ambientales o conductuales. Se caracterizan por ser de larga duración y requerir cuidados especiales. Entre las principales se encuentran enfermedades cardiovasculares (principalmente hipertensión), enfermedades respiratorias crónicas y diabetes (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion [NCCDPHP], 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021; Sue & Sue, 2015).

***Identidad de las Personas con Enfermedad Crónica.*** La identidad de la persona con enfermedad crónica se fundamenta en el concepto de identidad de la dimensión atributos específicos de raza y cultura, tal como se define en el MMCC (Sue & Sue, 2015). Esta identidad abarca aspectos personales y sociales. La identidad personal de las personas con enfermedad crónica se refiere a las características individuales de la persona. Por otro lado, la identidad social se centra en la percepción de la PEC sobre sus conexiones y pertenencia con otros miembros de su grupo.

***Percepción de Cuidado Culturalmente Competente.*** Se refiere a la impresión de las PEC respecto a la competencia de los PE respecto a la comprensión de sus creencias culturales, valores y significado de la enfermedad, así como las habilidades técnicas para el cuidado y apoyo de su EC sin mostrar sesgos personales. Este concepto se deriva de los componentes de la CC y se considera de importancia debido a que la CC es una capacidad de los PE que se realiza con la finalidad de impactar positivamente en la salud de las PEC (Sue & Sue, 2015; OPS, 2013).

***Autogestión de las Enfermedades Crónicas.*** Se refiere a la capacidad de las PEC de responsabilizarse por su propia salud respecto a los conocimientos sobre la enfermedad, el manejo de signos, síntomas y efectos secundarios, además de adherirse al tratamiento farmacológico (Barlow et al., 2002; OPS, 2013; Van de Velde et al., (2019).

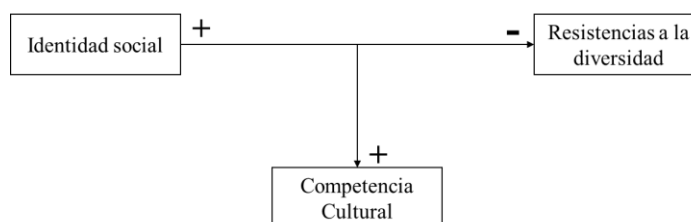
**Segundo Paso.** Se establecen las relaciones entre los conceptos principales, por lo que se presentan las dos principales proposiciones del MCCE-PAEC deducidas de las presentadas por el MMCC (Sue & Sue, 2015).

La primera proposición menciona que, en los PE, la identidad social y las resistencias a la diversidad cultural son factores predictores de la CC. Esta idea ha sido abordada en la literatura de tal forma que, a mayor identificación positiva con el grupo de PE existirán menores resistencias a la diversidad y resultará en una mayor práctica de CC para el cuidado de las EC (figura 2) (Fishbein & Ajzen, 2010; Fiske & Taylor, 2017; Gómez & Vázquez, 2015; Neville, Gallardo & Sue, 2016; Sue & Sue, 2015; Tajfel, 1984).

La segunda proposición refiere que, en las personas con enfermedad crónica, la identidad social y la percepción de un cuidado culturalmente competente son predictores para la conducta de autogestión de las EC, de tal forma que a mayor identificación positiva con el grupo de personas con enfermedad crónica y una mejor percepción de cuidado culturalmente competente, la autogestión mejorará (figura 3) (Fishbein & Ajzen, 2010; Gómez & Vázquez, 2015; Klik et al., 2019; Sue & Sue, 2015; Tajfel, 1984).

### Figura 2

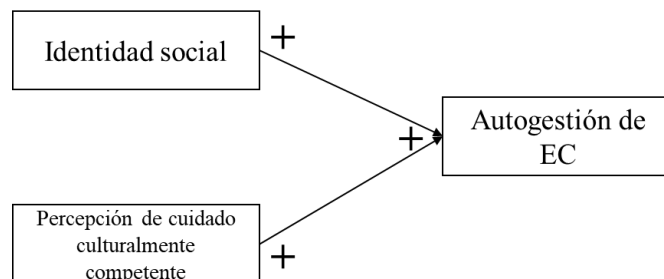
*Proposición de los profesionales de enfermería*



*Nota.* Proposición relacional del MCCE-PAEC derivada del Modelo de Competencia Cultural (Sue & Sue, 2015).

### Figura 3

*Proposición de las personas con enfermedad crónica*



*Nota.* Proposición relacional del MCCE-PAEC derivada del Modelo de Competencia Cultural (Sue & Sue, 2015).

### ***Sistema Operacional***

**Tercer Paso.** Se establecen los indicadores empíricos que reflejan la medición de cada concepto de interés del MCCE-PAEC.

***Identidad del Personal de Enfermería.*** Para la identidad de los PE se midió con el apoyo de una cédula de datos sociodemográficos y culturales, la cual incluyó datos como edad, sexo, género, religión, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad, años de experiencia como PE, años de experiencia al cuidado de PEC y categoría laboral.

Para la identidad social se utilizó la escala de identificación social (Cameron, 2004), la cual consta de 12 ítems que evaluaron la centralidad, el afecto y los lazos que una persona percibía al identificarse como miembro de un grupo social, en este caso al grupo de profesionales de enfermería.

***Competencia Cultural para el Cuidado de las Enfermedades Crónicas.*** Se utilizó el instrumento para medir competencia cultural en trabajadores de salud (EMCC-14) (Pedrero et al., 2020), el cual consta de 14 ítems que valoran las dimensiones de sensibilidad o conciencia, conocimiento y habilidades culturales. La confiabilidad global por alfa de Cronbach para la escala global fue de 0.70, mientras que para las dimensiones de sensibilidad, conocimiento y habilidades fue de 0.65, 0.81 y 0.68, respectivamente (Pedrero et al., 2020).

***Resistencias a la Diversidad Cultural hacia las Personas con Enfermedades Crónicas.*** Para medir las resistencias cognitivas, se utilizó la escala CoBRAS (Nevillie et al., 2000), que consta de 20 ítems que se refieren a diferentes problemas en la atención de salud ( $\alpha=.86$ ). La resistencia emocional se evaluó mediante la escala de ansiedad intergrupala (Stephan, 2014), la cual constaba de 12 ítems ( $\alpha=.91$ ). Por último, la resistencia conductual se midió utilizando la escala de evaluación de autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente (Assemi et al., 2006), que consta de 12 ítems ( $\alpha=.89$ ).

***Identidad de las Personas con Enfermedad Crónica.*** Para la identidad de las PEC, se midió con el apoyo de una cédula de datos sociodemográficos y culturales, la cual incluyó datos como edad, sexo, género, religión, estado civil, nivel socioeconómico, percepción de la salud, escolaridad, enfermedad crónica y antigüedad de EC. Para evaluar la identidad social, se utilizó la escala de identificación social (Cameron, 2004), que consta de 12 ítems que evalúan la centralidad, el afecto y los lazos que una persona percibe al identificarse como miembro de un grupo social, en este caso el grupo de personas con enfermedades crónicas. Además, para medir la permeabilidad de grupo, la cual es una subdimensión de la identidad social, se utilizó la escala de permeabilidad de límites de grupo (Armenta et al., 2017), la cual consta de 18 ítems y ha mostrado un alfa de Cronbach de  $\alpha=.86$  (Armenta et al., 2017).

***Autogestión de las Enfermedades Crónicas.*** Se utilizó la escala de autogestión en condiciones crónicas (Peñarrieta-de Córdova et al., 2014). Esta escala midió el conocimiento de la salud y enfermedad, la adherencia al tratamiento y comunicación con el profesional de salud y el manejo del impacto físico, emocional y social derivado de la enfermedad. Cuenta con 12 ítems y ha mostrado una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.80 (Peñarrieta-de Córdova et al., 2014).

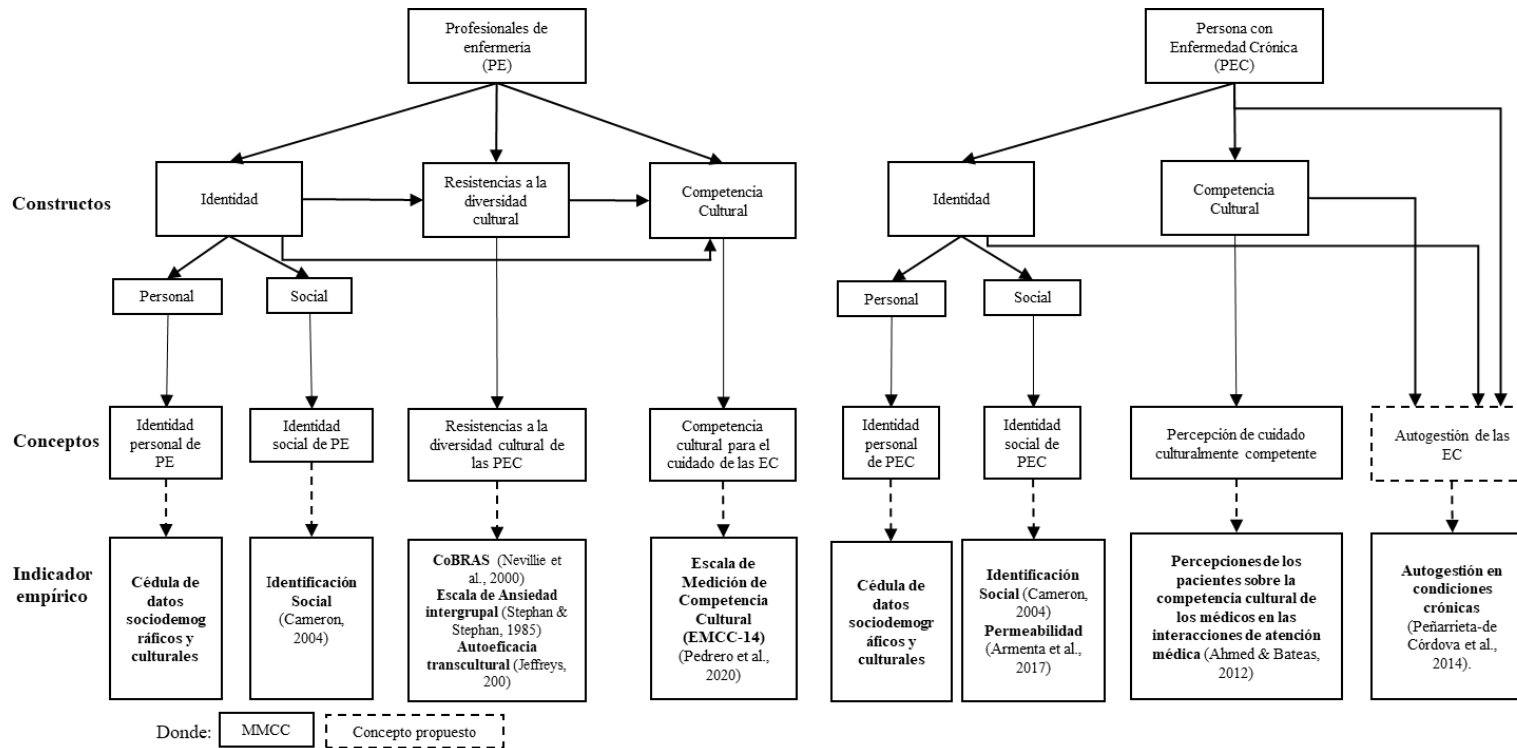
***Percepción de cuidado culturalmente competente.*** Se utilizó la escala de evaluación para las percepciones de los pacientes sobre la competencia cultural de los

enfermeros en las interacciones de atención de salud (Ahmed & Bates, 2017). Consta de 20 ítems y ha mostrado una consistencia interna general de  $\alpha=.85$ .

**Cuarto Paso.** Se representan gráficamente las relaciones entre los conceptos y las variables en el diagrama Conceptual-Teórico-Empírico del MCCPEC-PEA (Figura 4).

**Figura 4**

*Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica (MCCE-PAEC).*



*Nota.* Diagrama conceptual-teórico-empírico del Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica (MCCE-PAEC). En donde MMCC=Modelo Multidimensional de Competencia Cultural, PE=Profesionales de Enfermería, PEC=Personas con Enfermedad Crónica, CC=Competencia Cultural, EC= Enfermedades Crónicas.



## **Estudios relacionados**

En esta sección se presenta la literatura de investigación que sustenta el MCCE-PAEC. Se realizó la revisión de la literatura en PubMed, Scopus y Scielo en idioma inglés y español con los términos MeSH enfermedad crónica, diabetes mellitus, hipertensión, humildad cultural, competencia intercultural, competencia cultural, sensibilidad cultural, conciencia cultural, habilidades culturales, conocimiento cultural, autoeficacia cultural, automanejo, autogestión, cuidado centrado en el paciente. Así mismo, se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

Cabe destacar que, en base a lo mencionado en los vacíos de conocimiento, la mayoría de la literatura no aborda específicamente el comportamiento de cuidado culturalmente competente en los PE o de autogestión de la EC por parte de las PEC. Sin embargo, se presenta la literatura relacionada con los comportamientos y poblaciones en el contexto de salud europeo, asiático y estadounidense. Se presentan en primera instancia los estudios relacionados a los conceptos correspondientes a los Profesionales de Enfermería (PE), seguido de los conceptos referentes a las Personas con Enfermedad Crónica (PEC).

### ***Profesionales de enfermería.***

#### **Identidad de los Profesionales de Enfermería.**

Willis et al. (2020), encontraron que la identidad social funciona como un predictor de comportamiento, tal como lo describe la teoría del comportamiento planificado. Mostraron que la interacción entre la identidad social y la percepción de importancia del grupo hacia realizar un comportamiento negativo de salud predijo significativamente las actitudes de las personas hacia realizar el comportamiento negativo para la salud ( $b=0.132, p=.005$ ).

***Síntesis.*** La identidad social se ha identificado como un predictor de comportamiento.

## **Resistencias a la Diversidad Cultural de las Personas con Enfermedades Crónicas.**

Debido a que no se encuentran estudios relacionados de manera general con las resistencias a la diversidad cultural, ni específicamente con las resistencias cognitivas a la diversidad cultural. Se presentan a continuación estudios relacionados a la resistencia emocional y conductual.

***Resistencias emocionales a la diversidad cultural.*** Las resistencias emocionales a la diversidad cultural se han observado en la literatura a través de la respuesta emocional de ansiedad intergrupal.

Marletta et al. (2017), realizaron un estudio en profesionales de salud en donde su objetivo fue verificar si el contacto intergrupal con profesionales de salud e inmigrantes disminuiría su ansiedad intergrupal. Los resultados mostraron que el contacto frecuente y positivo con inmigrantes disminuyó el nivel de ansiedad intergrupal ( $b = -.16, SE = .03, Z = -4.88, p < .001$ ). Sin embargo, aumentó la actitud negativa hacia los inmigrantes ( $b = 1.18, SE = .38, Z = 3.09, p = .002$ ).

Ham y Task (2021), realizaron un estudio en profesionales de enfermería con el objetivo de examinar los factores que influyen en la autoeficacia transcultural. En donde se observó que la ansiedad intergrupal se encuentra correlacionada negativamente con la autoeficacia transcultural ( $r = -.661, p < .001$ ).

***Síntesis.*** Las múltiples interacciones con personas de diferentes culturas disminuye la ansiedad intergrupal, sin embargo aumenta las actitudes negativas.

***Resistencias conductuales a la diversidad cultural.*** La resistencia conductual a la diversidad cultural se ha observado en la literatura a través de la autoeficacia transcultural.

Ham y Task (2021), realizaron un estudio en enfermeras con el objetivo de examinar los factores que influyen en la autoeficacia transcultural. Encontraron que el nivel educativo ( $\beta = 0.12, p < .05$ ), la CC ( $\beta = 0.44, p < .001$ ) y la ansiedad intergrupal

( $\beta = -0.35, p < .001$ ) son predictores que explican el 58.8% de la varianza de la autoeficacia transcultural en enfermeros con experiencia en atención a pacientes extranjeros ( $F=27.5, p < .001$ ).

Berhanu et al. (2021), realizaron un estudio en profesionales de enfermería con el objetivo de evaluar la autoeficacia transcultural y sus factores asociados. Encontraron como factores que aumentan la autoeficacia transcultural el ser hombre ( $\beta = 2.034, p = 0.045$ ), un mayor número de años de experiencia ( $\beta = 2.096, p = .001$ ), una mayor comunicación intercultural ( $\beta = 1,163, p < .001$ ), así como una mayor sensibilidad cultural ( $\beta = 2,075, p < .001$ ).

### **Competencia cultural para el cuidado de las enfermedades crónicas.**

Pedrero et al. (2020) estudiaron la CC en personal de enfermería chileno. Encontraron una media de 75.5 ( $DE=9.4$ ), en donde predominaron los conocimientos culturales, seguido de las habilidades y menos conciencia cultural.

Lin, et al. (2020) estudiaron la CC en estudiantes de pregrado, enfermeras recién graduadas, enfermeras registradas y mentoras en enfermería. Observaron que las enfermeras mentoras mostraron una puntuación de conocimiento cultural significativamente más alta en comparación con las enfermeras recién graduadas ( $F=5.97, p < .001$ ). Así mismo, observaron que la puntuación de autoeficacia de los estudiantes de pregrado era más alta que la de los otros tres grupos ( $F=10.13, p < .001$ ). Así mismo, reportaron como factores que influyen a la CC tener experiencia en el cuidado de pacientes de diversas culturas ( $\beta = 0.49, 95\% CI = 1.13-7.48$ ) y el puesto de trabajo (enfermeros titulados:  $\beta = 0.33, 95\% CI = 1.01-2.89$ ; mentoras en enfermería ( $\beta = 0.46, 95\% CI = 1.88-3.89$ ).

Pettersson et al. (2022), estudiaron la competencia cultural en profesionales de salud a través de los dominios de apertura, conciencia y apoyo en el lugar de trabajo y habilidades de interacción, encontraron que el nivel de apertura y conciencia ( $F= 2.65, p < 0.05$ ), y habilidades de interacción ( $F=3.85, p = .01$ ) difirió entre profesionales. Las

enfermeras obtuvieron mayor puntuación respecto a apertura y conciencia que los médicos ( $5.03 \pm 0.66$  vs.  $4.69 \pm 0.82$ ,  $p = 0.01$ ), así como en habilidades de interacción ( $4.43 \pm 0.83$  vs.  $4.03 \pm 0.78$ ,  $p = 0.01$ ). También encontraron que a mayores experiencias previas al cuidado de personas extranjeras existía una correlación significativa con significativamente con la apertura y conciencia cultural de los profesionales de salud ( $r = 0.26$ ,  $p = 0.01$ ).

**Síntesis.** Existe relación entre el nivel de competencia cultural, el puesto de trabajo y la antigüedad laboral. Así mismo, se describe que los profesionales de salud son conscientes de sus sesgos personales y de la influencia que tienen estos sesgos en la toma de decisiones. Sin embargo, el interés por adquirir conocimiento cultural sobre los pacientes es poco.

### ***Personas con Enfermedad Crónica.***

#### **Identidad de las Personas con Enfermedad Crónica.**

Cameron et al. (2018) realizaron un estudio en personas con enfermedades crónicas cuyo objetivo fue evaluar si la autoeficacia podría predecir el nivel de identificación social y la eficacia derivada del grupo (eficacia vicaria), mediado por las variables relacionadas con el grupo y los resultados de salud. Se encontró que, la identidad social y la eficacia derivada del grupo son predictores de la autoeficacia individual [ $\beta = 0,08$  ( $IC$  del 95 % = 0,03),  $p = 0,009$ ; y  $\beta = 0,075$  ( $IC$  del 95% = 0,03),  $p = 0,006$ , respectivamente].

Klik et al. (2019), evaluaron la identidad social, las percepciones sobre el grupo y el estigma social en un grupo de pacientes de bajo estatus social. Se encontró que a mayores experiencias de discriminación existía mayor identificación social con el grupo ( $\beta=0.51$ ,  $B = 0.99$ ,  $SE B = 0.17$ ,  $p <.001$ ).

**Síntesis.** La identidad social es un buen predictor de la autoeficacia y de la eficacia vicaria. Así mismo, cuando se tienen experiencias repetidas de discriminación

por formar parte del grupo de pacientes, la identificación social con el grupo de pertenencia se incrementará y se alejará de los encuentros interculturales con profesionales de salud.

### **Percepción de cuidado culturalmente competente.**

Ohana y Mash (2015), examinaron las diferencias entre las percepciones de los equipos médicos y sus pacientes sobre la competencia cultural de los médicos. Los resultados mostraron una correlación significativa entre la satisfacción general de la atención médica y la percepción de los pacientes sobre el conocimiento cultural ( $r = 0.97, p < 0.01$ ) y la capacidad cultural de sus médicos ( $r = 0.94, p < 0.01$ ). También observaron una correlación significativa entre la percepción de los pacientes sobre su participación en el tratamiento médico ( $r = 0.81, p < 0.01$ ) y la percepción de los pacientes sobre la comunicación entre ellos y los médicos ( $r = 0.87, p < 0.01$ ). Se mostró una alta correlación entre la percepción de los pacientes sobre la competencia cultural de los médicos y la satisfacción de los pacientes con su tratamiento médico ( $r = 0.87, p < 0.01$ ).

Además, mostraron que no existe una correlación significativa entre la percepción de los médicos sobre su propia competencia cultural y la percepción de esta por parte del paciente ( $r = -0.02, p > 0.05$ ), así como con la satisfacción de los pacientes con el tratamiento ( $r = -0.08, p > 0.05$ ) (Ohana & Mash, 2015).

Tang et al., (2019), estudiaron la influencia de la competencia cultural de las enfermeras en la satisfacción del paciente. Encontraron que la competencia cultural se asoció positivamente con la confianza del paciente ( $r = 0.46, p < 0.01$ ), así como con la satisfacción del paciente del trato de las enfermeras ( $r = 0.58, p < 0.01$ ).

**Síntesis.** Existe correlación entre la percepción de los pacientes sobre la competencia cultural de los médicos y la satisfacción con su tratamiento.

### **Autogestión de las enfermedades crónicas.**

Dale et al. (2016), estudiaron en personas con enfermedad crónica si su desconfianza hacia el personal médico predecía una menor autogestión de la enfermedad. Encontraron que la autogestión se asocia a factores como la desconfianza general ( $b = -0.09$ ,  $SE = 0.04$ ,  $p = 0.02$ ), educación ( $b = 0.13$ ,  $SE = 0.05$ ,  $p = 0.02$ ), barreras sanitarias ( $b = -0.08$ ,  $SE = 0.03$ ,  $p = 0.01$ ) y los efectos secundarios de la medicación ( $b = -0.05$ ,  $SE = 0.02$ ,  $p = 0.02$ ). Además, encontraron que la desconfianza médica general predice una menor autogestión de la enfermedad a lo largo del tiempo ( $b = -.08$ ,  $SE = .04$ ,  $p = .03$ ).

Smith et al. (2017), estudiaron los factores que dificultan la autogestión de las personas con enfermedad crónica en una muestra de blancos, hispanos y afroamericanos. Encontraron que los hispanos que refirieron tres o más afecciones crónicas y que tomaban más medicamentos al día tenían mayores probabilidades de informar dificultades para controlar por sí mismos sus afecciones crónicas ( $OR = 3.08$ ,  $IC = 1.33-7.13$ ,  $p = 0.009$ ). Además, los participantes que informaron salir del hospital o del consultorio del médico confundidos acerca de lo que deberían hacer para controlar su salud ( $OR = 1.48$ ,  $IC = 1.06-2.08$ ,  $p = .023$ ) y sentir que su médico no se da cuenta de cómo es realmente para ellos cuidar su salud en casa ( $OR = 2.19$ ,  $IC = 1.57-3.06$ ,  $p < 0.001$ ), tenían más probabilidades de reportar dificultades para la autogestión de sus condiciones crónicas.

**Síntesis.** Las personas con enfermedad crónica que sienten desconfianza por el personal médico y salen confundidos del hospital o consultorio han mostrado menor autogestión de la enfermedad.

## **Síntesis de la Literatura**

La literatura revisada respecto a los profesionales de enfermería muestra que existen algunos factores que predicen el comportamiento de competencia cultural, como la experiencia laboral y el puesto de trabajo (Lin, et al., 2020). Así mismo, se ha mostrado que los profesionales de enfermería muestran mayores conductas culturalmente competentes que otros profesionales de salud (Pettersson et al., 2022). También se encontró que la mayoría de los profesionales perciben el sesgo que existe hacia los pacientes y que consideran que estos sesgos afectan el juicio clínico (Crocker et al., 2019). Se reportó que uno de los principales sesgos hacia los pacientes son las creencias espirituales y que esa información es raramente tratada en las interacciones con los pacientes (Crocker et al., 2019).

Respecto a las resistencias a la diversidad cultural de los profesionales, se encontró que cuando existe mayor interacción con personas culturalmente diversas, la ansiedad intergrupal disminuirá. Sin embargo, es posible que la percepción de sesgos se mantenga o incremente (Marletta et al., 2017). Así mismo, se encontró que cuando existe ansiedad intergrupal, la autoeficacia transcultural se verá disminuida (Ham & Tak, 2021).

La literatura sobre las personas con enfermedad crónica revela que la identidad social es un predictor importante para incrementar la autoeficacia sobre su autogestión (Cameron et al., 2018). Así mismo, existe la posibilidad de que cuando se percibe mayor discriminación del grupo, exista mayor identidad social con el grupo y menor acercamiento a los profesionales de salud (Klik et al., 2019).

Acerca de la percepción del cuidado culturalmente competente se encontró que, cuando los profesionales de enfermería muestran comportamientos culturalmente competentes, las personas perciben mayor confianza y satisfacción (Ohana & Mash, 2015; Tang et al., 2019). Esto puede mejorar su cumplimiento con el tratamiento (Ohana & Mash, 2015).

En relación con la anterior, se encontró que cuando las personas con enfermedad crónica perciben desconfianza hacia los profesionales de salud, se predice una menor autogestión de la enfermedad (Dale et al., 2016). Además, se encontraron como factores que dificultan la autogestión de la enfermedad el padecer dos o más enfermedades, tomar múltiples medicamentos, el nivel educativo, los efectos secundarios, barreras sanitarias, así como percibir desconfianza y desinterés por parte de los profesionales de salud (Dale et al., 2016; Smith et al., 2017).

### **Objetivos Generales**

1. Evaluar la capacidad explicativa del modelo de competencia cultural para la atención de enfermedades crónicas en profesionales de enfermería
2. Determinar la capacidad explicativa del modelo de percepción de competencia cultural del PE en las personas con enfermedad crónica para la autogestión de sus enfermedades.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir en los profesionales de enfermería la identidad personal y social, las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual), así como la competencia cultural.
2. Determinar la relación entre la identidad personal y social, las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual), así como la competencia cultural, en los profesionales de enfermería.
3. Describir en las personas con enfermedad crónica la identidad personal y social, la percepción de cuidado culturalmente competente y la autogestión de la enfermedad.
4. Determinar la relación entre la identidad personal y social, la percepción de cuidado culturalmente competente y la autogestión de la enfermedad, en las personas con enfermedad crónica.



## **Hipótesis**

H1. En los profesionales de enfermería, un mayor nivel de identidad social con su grupo y un menor nivel de resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual) predicen mayores capacidades de competencia cultural.

H2. En las personas con enfermedad crónica, un mayor nivel de identificación con su grupo, un bajo nivel de percepción de permeabilidad de grupo y un nivel alto de percepción de cuidado culturalmente competente, predicen mayores capacidades de autogestión de la enfermedad crónica.

## **Definición de Términos**

**Identidad personal del personal de enfermería.** Se refiere a las características particulares de cada profesional de enfermería, se incluyen datos como edad, escolaridad, nacionalidad, sexo, estado marital, religión, identidad sexual, enfermedades, puesto laboral, años de antigüedad laboral, años de experiencia al cuidado de PEC y nivel socioeconómico. Se midieron con la cédula de datos sociodemográficos y culturales.

**Identidad social del personal de enfermería.** Se refiere a la percepción de pertenencia al grupo de profesionales de enfermería, por ejemplo, sí es consciente que pertenece al grupo, sí tiene pensamientos positivos derivados de pertenecer al grupo y sí se siente identificado con otras personas pertenecientes al grupo de profesionales de enfermería. Se midió con la escala de identidad social (Cameron, 2004).

**Resistencias a la diversidad cultural.** Se refieren a las barreras cognitivas, emocionales y conductuales que pueden tener los profesionales de enfermería y evitan brindar cuidados adecuados a personas con características diferentes a las propias. Se midieron con la escala CoBRAS (Nevillie et al., 2000), la escala de ansiedad intergrupala (Stephan, 2014), y con la escala de evaluación de autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente (Assemi et al., 2006).

**Competencia cultural.** Se refiere a la capacidad de los profesionales de enfermería de ser conscientes de sus propios sesgos personales, así como conocer y comprender las necesidades particulares de personas con características diferentes a las propias. Se midió con la escala para medir competencia cultural en trabajadores de salud (Pedrero et al., 2019).

**Identidad personal de las personas con enfermedad crónica.** Se refiere a las características particulares de cada persona, se incluyen datos como edad, escolaridad, nacionalidad, sexo, estado marital, religión, ocupación, identidad sexual, enfermedades, tiempo con las EC, percepción del estado de salud y nivel socioeconómico. Se registró en la cédula de datos sociodemográficos y culturales

**Identidad social de las personas con enfermedad crónica.** Se refiere a la percepción de pertenencia al grupo de personas con enfermedad crónica (diabetes y/o hipertensión). Es decir, si son conscientes que pertenecen al grupo, sí tienen pensamientos positivos derivados a pertenecer al grupo y sí se siente identificado con otras personas pertenecientes al grupo de profesionales de enfermería. Se midió con la escala de identidad social (Cameron, 2004) y con la escala de permeabilidad de los límites de grupo (Armenta et al., 2017).

**Percepción de Cuidado Culturalmente Competente.** Se refiere a la impresión que tienen las personas con enfermedad crónica sobre el cuidado que reciben por parte de los profesionales de enfermería. Se midió con la escala de evaluación para las percepciones de los pacientes sobre la competencia cultural de los médicos en las interacciones de atención médica (Ahmed & Bates, 2017).

**Autogestión de las Enfermedad Crónica.** Se refiere a los conocimientos y habilidades que tiene la persona con enfermedad crónica para manejar su enfermedad, incluyendo signos, síntomas, efectos secundarios y tratamiento farmacológico. Se midió con el instrumento Partners in Health Scale (PHS) (Peñarrieta-de Córdova et al., (2014).

## **Capítulo II**

### **Metodología**

Este capítulo describe el diseño de estudio, la población, muestreo y muestra, así como los criterios de inclusión, el límite de tiempo y espacio, instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de la información, las consideraciones éticas y finalmente el plan de análisis de datos.

#### **Diseño de estudio**

Se utilizó un diseño correlacional predictivo y de prueba de modelo con un enfoque transversal (Grove & Gray, 2018). Este diseño fue seleccionado con el objetivo de evaluar si las variables incluidas en los modelos propuestos tenían capacidad predictiva sobre la competencia cultural en el cuidado de enfermedades crónicas por parte de los profesionales de enfermería, así como sobre la autogestión de dichas enfermedades en personas con diabetes y/o hipertensión. La recopilación de datos se llevó a cabo en un único punto en el tiempo.

#### **Población, muestreo y muestra**

La población de estudio incluyó personas diagnosticadas con diabetes y/o hipertensión, mayores de 18 años, así como integrantes del personal de enfermería provenientes de 14 unidades que prestan servicios a personas con enfermedades crónicas en la Secretaría de Salud (SSA) en Saltillo, Coahuila.

El muestreo constó de dos etapas, en la primera etapa, para ambas poblaciones de estudio, se seleccionaron de manera aleatoria siete estratos basados en un marco muestral de 14 unidades de atención para personas con enfermedades crónicas (Apéndice A), la aleatorización se ejecutó utilizando el programa Excel. En la segunda etapa, para el personal de enfermería se realizó un muestreo aleatorio simple en base a los listados del personal de enfermería de cada unidad de atención, se revisó

previamente que el personal de enfermería fuera elegible de acuerdo con su área de desempeño, contemplando de esa forma los criterios de inclusión. Mientras que para las personas con enfermedad crónica, en la segunda etapa, se realizó un muestreo por conveniencia.

Para determinar el tamaño de muestra, se empleó el paquete estadístico nQueryAdvisor con un nivel de significancia del .05 y se consideró un coeficiente de determinación de  $R^2 = 0.09$ , así como una potencia de prueba del 90% para modelos de regresión lineal múltiple con 14 y 12 variables para personas con enfermedades crónicas y personal de enfermería, respectivamente (Cohen, 1998). Se anticipó una tasa de no respuesta del 10%, resultando en un cálculo final de 281 personas con enfermedades crónicas y 229 miembros del personal de enfermería.

### **Criterios de Inclusión**

#### ***Personal de enfermería.***

El personal de enfermería seleccionado debía contar con experiencia en el cuidado de personas diagnosticadas con diabetes y/o hipertensión, con al menos un año de experiencia y sin rotación en los departamentos de unidad de cuidados intensivos, quirófano, CEYE, pediatría, ginecología y quimioterapia. Esta información fue recopilada a través de auto reportes en la cédula de datos sociodemográficos y culturales.

#### ***Personas con enfermedad crónica.***

Se incluyeron en el estudio personas con diagnóstico de diabetes y/o hipertensión, de entre 30 y 69 años de edad, que acudían a consulta en el primer nivel de atención en centros de salud y que autogestionaban su EC y que no presentaron deterioro cognitivo moderado o severo según el cuestionario de Pfeiffer ( $\geq 5$  errores). Además, se consideraron PEC que no presentaban comorbilidades graves que pudieran interferir con su capacidad de autogestión, como cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o

insuficiencia renal crónica. Estos criterios fueron evaluados mediante la cédula de datos sociodemográficos y culturales.

### **Límite de tiempo y espacio**

El tiempo promedio de respuesta para ambas poblaciones de estudio fue de 20 minutos. La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de julio-septiembre del 2023 (ver cronograma de actividades en Apéndice B).

### **Instrumentos de medición**

#### *Personal de enfermería*

La **identidad personal del profesional de enfermería** se midió mediante una cédula de datos que incluyó datos como edad, sexo, género, religión, estado marital, nivel socioeconómico, discapacidad, enfermedades crónicas, nacionalidad, nivel de estudios, antigüedad laboral, años de experiencia al cuidado de PEC, puesto de trabajo, ¿ha atendido a personas que hablen un idioma diferente al suyo?, ¿ha atendido a personas de una nacionalidad diferente a la suya? (Apéndice C).

La **identidad social del profesional de enfermería** se midió por medio de la escala de tres factores de identidad social (Cameron, 2004). Su propósito es evaluar la identidad social de las personas respecto a un grupo de pertenencia específico. Cuenta con 12 ítems y tres subescalas: 1) centralidad (cantidad de tiempo dedicado a pensar en ser miembro del grupo, ítem 1-4); 2) afecto al endogrupo (la positividad de los sentimientos asociados con la pertenencia al grupo, ítem 5-8); 3) lazos de endogrupo (percepciones de similitud, vínculo y pertenencia con otros miembros del grupo, ítem 9-12). Esta escala tiene la opción de modificarse en los ítems el grupo específico requerido, algunos ítems son “A menudo pienso en ser un [inserte grupo], El hecho de formar parte del [inserte grupo] es una parte importante de mi identidad”. Cuenta con una escala de respuestas tipo Likert que va de 1=muy en desacuerdo a 7= totalmente de acuerdo (Apéndice D).

Para calcular el nivel de identificación social se invirtieron las puntuaciones de los ítems 2, 4, 6, 8, 11 y 12, se sumaron las puntuaciones de cada dimensión y se convirtieron a una escala de 0 a 100. En donde a mayor puntuación, mayor nivel de identificación social. Este instrumento ha mostrado validez en su estructura interna y una adecuada confiabilidad (centralidad  $\alpha=.77$ ; afecto  $\alpha=.73$ ; lazos  $\alpha=.83$ , escala total  $\alpha=.83$ ) en el idioma inglés (Cameron, 2004).

Para este estudio, se tradujo la escala del inglés al español siguiendo un procedimiento recomendado para garantizar la equivalencia semántica y conceptual entre diferentes idiomas. Este procedimiento, basado en la metodología de Brislin (1970), incluyó una traducción inicial realizada por un traductor bilingüe y una revisión por un experto en metodología y en la temática, asegurando que la traducción reflejara con precisión los conceptos originales. Posteriormente se realizó una prueba piloto, el instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de .73 lo cual indica que la traducción mantuvo una consistencia interna adecuada.

La **competencia cultural** para el cuidado de las EC se midió con la escala para medir competencia cultural en trabajadores de salud (EMCC-14) elaborada por Pedrero et al. (2019) la cual fue validada en el idioma español para el contexto chileno. Su propósito es evaluar el nivel de competencia cultural, cuenta con 14 ítems y tres dimensiones: 1) sensibilidad cultural (ítem 1-4); 2) conocimiento cultural (ítem 5-8); y, 3) habilidades culturales (ítem 9-14). Cuenta con preguntas como “creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud”. Y con una escala de respuesta tipo Likert que va de 1= totalmente en desacuerdo a 5=Totalmente de acuerdo. El nivel de competencia cultural se calculó sumando las puntuaciones de cada dimensión y convirtiéndolo a una escala de 0 a 100 en donde a mayor puntaje, mayor CC por parte del profesional de salud en su práctica habitual. La validez de la estructura interna del EMCC-14 explica el 51.9% de la varianza y ha mostrado una confiabilidad para la

escala total de  $\alpha=.64$  y para la dimensión de sensibilidad  $\alpha=.65$ , conocimiento  $\alpha=.81$  y habilidades  $\alpha=.68$  (Pedrero, et al., 2019) (Apéndice E).

Las **resistencias a la diversidad cultural** se midieron con tres instrumentos. Para la **resistencia cognitiva** se utilizó la escala CoBRAS elaborado por Nevillie et al. (2000). Su propósito es evaluar las actitudes raciales en aquellas personas que niegan la existencia de la diversidad racial, la cual ha mostrado una confiabilidad de  $\alpha=.86$ . Esta escala fue modificada para evaluar las actitudes de aquellas personas que niegan la existencia de diversidad cultural. Consta de 10 ítems que refieren diferentes problemas en la atención de salud. Algunos ítems son “Es importante combatir los estereotipos que existen hacia las personas con diabetes/hipertensión”, “Los prejuicios y la discriminación hacia las personas con diabetes/hipertensión son un problema importante”. Para responder, los profesionales de salud deben elegir el grado en que personalmente está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación en una escala tipo Likert que va de 1= totalmente en desacuerdo a 6= totalmente de acuerdo. Para su valoración las puntuaciones deben invertirse, es decir, 1=totalmente de acuerdo, 6=totalmente en desacuerdo. Se realizó la sumatoria de las dimensiones y de la escala en general y se convirtieron a una escala de 0 a 100, en donde a mayor puntuación mayores niveles de actitudes negativas hacia las personas culturalmente diversas (Apéndice F).

Para este estudio, se tradujo la escala del inglés al español siguiendo un procedimiento recomendado para garantizar la equivalencia semántica y conceptual entre diferentes idiomas. Este procedimiento, basado en la metodología de Brislin (1970), incluyó una traducción inicial realizada por un traductor bilingüe y una revisión por un experto en metodología y en la temática, asegurando que la traducción reflejara con precisión los conceptos originales. Posteriormente se realizó una prueba piloto, el instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de .71, así como buenos índices de bondad de ajuste ( $RMSEA=.070$ ;  $CFI=.918$ ;  $GFI=.946$ ).

La **resistencia emocional** se evaluó mediante la escala de ansiedad intergrupala de Stephan (2014). Esta escala evalúa el nivel de ansiedad al pedir a los encuestados que indiquen el grado en el que experimentan un conjunto de estados afectivos al anticipar o vivir una interacción intergrupala. Consta de una única pregunta que puede ser modificable de acuerdo con los grupos de estudio específicos y menciona: “Si fueras el único miembro de tu grupo étnico interactuando con personas de un grupo racial o étnico diferente (por ejemplo, hablando con ellos, trabajando en un proyecto con ellos), ¿cómo te sentirías en comparación con ocasiones en las que interactúas con personas de tu propio grupo étnico?”. Los participantes deben calificar en una escala de 1-10 para determinar si se sentiría más o menos aprensivo, inseguro, preocupado, extraño (torpe), ansioso, amenazado, cómodo (puntuación inversa), confiado (de los demás) (puntuación inversa), amistoso (puntuación inversa), confiado (de sí mismo) (puntuación inversa), seguro (fuera de peligro) (puntuación inversa) y tranquilo (puntuación inversa) al interactuar con miembros del grupo externo. Se evaluó realizando la sumatoria de los puntajes y convirtiéndolos en una escala de 0 a 100, en donde a mayor puntuación mayor nivel de ansiedad intergrupala. Ha mostrado confiabilidad en el idioma inglés de  $\alpha=.91$  (Stephan, 2014) (Apéndice G).

Para este estudio, se tradujo la escala del inglés al español siguiendo un procedimiento recomendado para garantizar la equivalencia semántica y conceptual entre diferentes idiomas. Este procedimiento, basado en la metodología de Brislin (1970), incluyó una traducción inicial realizada por un traductor bilingüe y una revisión por un experto en metodología y en la temática, asegurando que la traducción reflejara con precisión los conceptos originales. Posteriormente se realizó una prueba piloto, el instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de .76, lo cual indica que la traducción mantuvo una consistencia interna adecuada.

La **resistencia conductual** se midió por medio de la escala de evaluación de autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente (Assemi et al.,



2006), la cual fue creada en idioma inglés. Su objetivo es evaluar la autoeficacia de profesionales de salud para brindar atención culturalmente apropiada al paciente. Consta de 12 ítems en los cuales el profesional de salud debe indicar que tan confiado se siente sobre su capacidad de brindar atención culturalmente competente. Un ejemplo de pregunta es “¿qué tan confiado se siente de obtener la perspectiva de la enfermedad de un paciente durante un encuentro o consulta?”. Cuenta con una escala de respuesta tipo Likert que va de 1=nada seguro a 5= extremadamente seguro. La evaluación de la escala se calculó sumando las puntuaciones, en donde a mayor puntuación mayor nivel de autoeficacia para la competencia cultural en la consejería con el paciente y convirtiéndolo en una escala de 0-100. Esta escala cuenta con una consistencia interna de  $\alpha=.89$  (Assemi et al., 2006) (Apéndice H).

Para este estudio, se tradujo la escala del inglés al español siguiendo un procedimiento recomendado para garantizar la equivalencia semántica y conceptual entre diferentes idiomas. Este procedimiento, basado en la metodología de Brislin (1970), incluyó una traducción inicial realizada por un traductor bilingüe y una revisión por un experto en metodología y en la temática, asegurando que la traducción reflejara con precisión los conceptos originales. Posteriormente se realizó una prueba piloto, el instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de .86, lo cual indica que la traducción mantuvo una consistencia interna adecuada.

### ***Personas con enfermedad crónica***

Se utilizó el cuestionario Pfeiffer (Pfeiffer, 1975) como una **prueba de filtro** para verificar el cumplimiento del criterio de inclusión relacionado con el deterioro cognitivo en personas mayores de  $\geq 60$  años. En caso de obtener puntajes que indicaran un deterioro cognitivo moderado o severo, las personas con enfermedad crónica no prosiguieron con el llenado de los instrumentos. Se les agradeció su participación y se les entregó el tríptico informativo.

El cuestionario Pfeiffer (Pfeiffer, 1975) mide la memoria a corto plazo, orientación sobre hechos cotidianos y la capacidad de cálculo por medio de 10 preguntas breves (p. ej. ¿Qué fecha es hoy?, ¿Qué día de la semana es hoy?). Este cuestionario es hetero aplicado, al finalizar se realiza la suma de los errores obtenidos (Apéndice I). La clasificación cognitiva depende del nivel de escolaridad de la persona evaluada, se acepta un error más si tiene educación básica o ninguna y se acepta un error menos si tiene educación superior. Los puntajes refieren de 0-2 errores= funciones intelectuales intactas; de 3-4 errores= deterioro intelectual leve; 5-7 errores= deterioro intelectual moderado; y, de 8-10 errores= deterioro intelectual severo. El cuestionario ha mostrado índices de correlación de 0.76 y 0.88, su sensibilidad varía del 68 al 82% y la especificidad del 92 al 96% (Martínez de la Iglesia, et al., 2001).

**La Identidad personal de la persona con enfermedad crónica** se midió mediante una cédula de datos que incluyó datos como edad, sexo, género, escolaridad, nacionalidad, sexo, estado civil, religión, identificación sexual, percepción del estado de salud, percepción de dolor, enfermedades crónicas, antigüedad con enfermedades crónicas, discapacidad y nivel socioeconómico (Apéndice J).

**La identidad social de la persona con enfermedad crónica** se midió por medio de la escala de tres factores de identidad social (Cameron, 2004). Su propósito es evaluar la identidad social de las personas respecto a un grupo de pertenencia específico. Cuenta con 12 ítems y tres subescalas: 1) centralidad (cantidad de tiempo dedicado a pensar en ser miembro del grupo, ítem 1-4); 2) afecto al endogrupo (la positividad de los sentimientos asociados con la pertenencia al grupo, ítem 5-8); 3) lazos de endogrupo (percepciones de similitud, vínculo y pertenencia con otros miembros del grupo, ítem 9-12). Esta escala tiene la opción de modificarse en los ítems el grupo específico requerido, algunos ítems son “A menudo pienso en ser un [inserte grupo], El hecho de formar parte del [inserte grupo] es una parte importante de mi identidad”. Cuenta con

una escala de respuestas tipo Likert que va de 1=muy en desacuerdo a 7= totalmente de acuerdo.

Para calcular el nivel de identificación social se invirtieron las puntuaciones de los ítems 2, 4, 6, 8, 11 y 12, se sumaron las puntuaciones de cada dimensión y se convirtieron a una escala de 0-100. En donde a mayor puntuación mayor nivel de identificación social. Este instrumento ha mostrado validez en su estructura interna y una adecuada confiabilidad (centralidad  $\alpha=.77$ ; afecto  $\alpha=.73$ ; lazos  $\alpha=.83$ , escala total  $\alpha=.83$ ) en el idioma inglés (Cameron, 2004) (Apéndice K).

Para este estudio, se tradujo la escala del inglés al español siguiendo un procedimiento recomendado para garantizar la equivalencia semántica y conceptual entre diferentes idiomas. Este procedimiento, basado en la metodología de Brislin (1970), incluyó una traducción inicial realizada por un traductor bilingüe y una revisión por un experto en metodología y en la temática, asegurando que la traducción reflejara con precisión los conceptos originales. Posteriormente se realizó una prueba piloto, el instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de .70, lo cual indica que la traducción mantuvo una consistencia interna adecuada.

La **permeabilidad de grupo** se evaluó con la escala de permeabilidad de los límites de grupo (Armenta et al., 2017). La permeabilidad de grupo mide las estrategias que utilizan los grupos sociales de bajo estatus para mejorar su identidad social. Esta escala cuenta con dos dimensiones y seis subdimensiones. La primera dimensión se refiere a la permeabilidad de la membresía, cuenta con las subdimensiones: a) restricción objetiva (ítem 1-3); b) restricción personal (ítem 4-7); c) restricciones de valor (ítem 8-10). La segunda dimensión se refiere a la permeabilidad de estado, cuenta con las subdimensiones d) restricción objetiva (ítem 11-13); e) restricción personal (ítem 15-16); y, f) restricciones de valor (ítem 17-18). Los ítems de esta escala pueden ser modificables de acuerdo con el grupo específico requerido. Un ejemplo de ítem es “No importa el esfuerzo que haga, nunca seré visto como una persona [del grupo externo]”.

La escala de respuesta tipo Likert va de 1= muy en desacuerdo a 7= totalmente en desacuerdo. Su evaluación se realizó en base a la suma de todas las puntuaciones, y la conversión a una escala de 0 a 100, en donde a mayor puntuación mayor nivel de afiliación con el grupo. Esta escala cuenta con una consistencia interna total de  $\alpha=.86$  (permeabilidad de la membresía  $\alpha=.87$ ; permeabilidad de estado  $\alpha=.80$ ) (Armenta et al., 2017) (Apéndice L).

Para este estudio, se tradujo la escala del inglés al español siguiendo un procedimiento recomendado para garantizar la equivalencia semántica y conceptual entre diferentes idiomas. Este procedimiento, basado en la metodología de Brislin (1970), incluyó una traducción inicial realizada por un traductor bilingüe y una revisión por un experto en metodología y en la temática, asegurando que la traducción reflejara con precisión los conceptos originales. Posteriormente se realizó una prueba piloto, el instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de .75, lo cual indica que la traducción mantuvo una consistencia interna adecuada.

La **autogestión de la enfermedad** crónica se evaluó a través del instrumento Partners in Health Scale (PHS), validado en el contexto mexicano por Peñarrieta-de Córdova et al. (2014). Este instrumento consta de 12 ítems que permiten evaluar el comportamiento de autogestión de forma global y en tres dimensiones 1) conocimiento sobre su salud y enfermedad (ítems 1-2); 2) adherencia al tratamiento médico y comunicación con el profesional de salud (ítems 3-8); y, 3) manejo del impacto físico, emocional y social derivado de su enfermedad (ítems 9-12). Un ejemplo de ítem es “En general, lo que sé sobre mi(s) condición(es) de salud es”. La escala de respuesta oscila de 0 a 8 (0=muy poco, 8=mucho). Su confiabilidad es de  $\alpha=.88$  (Peñarrieta-de Córdova et al., 2014), su evaluación se realizó sumando las puntuaciones y convirtiéndolas de 0-100, en donde a mayor puntaje mejor autogestión (Apéndice M).

La **percepción de cuidado culturalmente competente** se evaluó con la escala de evaluación para las percepciones de los pacientes sobre la competencia cultural de los

enfermeros en las interacciones de atención de salud (Ahmed & Bates, 2017). Consta de 20 ítems y 5 subdimensiones: 1) competencia cultural global relacionado con cuestiones macro culturales (ítems 1-5;  $\alpha=.90$ ) (Ahmed & Bates, 2017); 2) competencia cultural global relacionados con proxémica/cronémica (ítems 6-8;  $\alpha=.73$ ) (Ahmed & Bates, 2017); 3) competencia cultural global relacionados con problemas del lenguaje (ítems 9-11;  $\alpha=.81$ ) (Ahmed & Bates, 2017); 4) competencia cultural centrada en el paciente (ítems 12-15;  $\alpha=.90$ ) (Ahmed & Bates, 2017); y, 5) satisfacción del paciente con el encuentro clínico directo (ítems 16-20;  $\alpha=.95$ ) (Ahmed & Bates, 2017). Un ejemplo de ítem es “El personal de enfermería quiere conocer su punto de vista sobre la enfermedad”. La consistencia interna de la escala general es de  $\alpha=.85$  (Ahmed & Bates, 2017). La escala de respuesta tipo Likert donde 1=Totalmente de acuerdo y 5= Muy en desacuerdo. La evaluación se basó en la sumatoria de las puntuaciones y la conversión a una escala de 0-100, en donde a mayor puntuación, mayor nivel de incompetencia o insatisfacción intercultural (Apéndice N).

Para este estudio, se tradujo la escala del inglés al español siguiendo un procedimiento recomendado para garantizar la equivalencia semántica y conceptual entre diferentes idiomas. Este procedimiento, basado en la metodología de Brislin (1970), incluyó una traducción inicial realizada por un traductor bilingüe y una revisión por un experto en metodología y en la temática, asegurando que la traducción reflejara con precisión los conceptos originales. Posteriormente se realizó una prueba piloto, el instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de .70, lo cual indica que la traducción mantuvo una consistencia interna adecuada.

### **Procedimiento de selección de participantes**

El personal de enfermería participante en el estudio fue seleccionado utilizando listados obtenidos previamente. Se identificó al personal elegible según su área de desempeño y de acuerdo con los criterios de inclusión definidos. Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de aleatorización utilizando el programa Excel. Luego, se

procedió a visitar sus consultorios o áreas designadas previamente para la aplicación de los cuestionarios.

En cuanto a las personas con enfermedad crónica, se seleccionaron aquellos pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. Este proceso de selección se realizó mediante una prueba filtro y la recopilación de datos sociodemográficos y culturales a través de una cédula específica.

### **Procedimiento de recolección de datos**

Una vez que el proyecto fue aprobado por el comité de ética en investigación y el comité de investigación de la facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se acudió con las autoridades administrativas de Secretaría de Salud (SSA) para obtener autorización para realizar el estudio. El primer contacto se realizó con la jefa de enseñanza e investigación a nivel estatal de SSA para la presentación del estudio. Una vez obtenida la aprobación, se procedió a coordinar reuniones con los responsables de cada unidad de atención, donde se explicaron los detalles del estudio y se solicitó la colaboración para la selección de un espacio adecuado que garantizara la privacidad de los participantes (tanto del personal de enfermería como personas con enfermedad crónica). Posteriormente, se dio inicio al proceso de recolección de datos.

La recolección de datos se llevó a cabo de manera simultánea para ambos grupos de estudio (personal de enfermería y personas con enfermedad crónica), con la colaboración de enfermeros titulados previamente capacitados en la aplicación de los instrumentos de medición y el procedimiento de selección de participantes. La metodología para la recolección de datos de cada grupo se detalla a continuación.

Para el personal de enfermería, una vez autorizado el estudio en cada centro, se obtuvieron los listados del personal de enfermería de cada unidad de atención y se seleccionaron los participantes elegibles según su área de desempeño, utilizando un muestreo aleatorio simple. Al personal seleccionado se les invitó a participar en el estudio, explicándoles los objetivos, actividades, así como los riesgos y beneficios. En

caso de aceptar, se procedió a la firma del consentimiento informado (Apéndice Ñ) y se les entregaron los instrumentos para su llenado. Al finalizar su participación, se les solicitó depositar los instrumentos en una caja anónima, recibieron un tríptico informativo (Apéndice O) y se les agradeció por su colaboración.

Para las personas con enfermedad crónica, se realizó el acercamiento en las áreas de consulta y en los grupos de ayuda mutua. Después de explicarles los detalles del estudio y obtener su consentimiento, se revisaron los criterios de selección. Aquellos que no cumplían con los criterios recibieron información informativa y se agradeció su interés (Apéndice P). A quienes cumplían con los criterios se les invitó a un espacio privado donde se obtuvo su consentimiento informado (Apéndice Q) y se les aplicaron los instrumentos mediante entrevista. Al finalizar, se les agradeció su participación y se les entregó un tríptico informativo (Apéndice P).

### **Consideraciones éticas**

El presente proyecto se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud, en lo dispuesto con el Artículo 3º, fracción tres, el cual menciona que la investigación para la salud comprende el desarrollo de las acciones que ayuden a la prevención y control de los problemas de salud (Diario Oficial de la Federación) [DOF], 2014). Así como lo referente al Capítulo I: Disposiciones Comunes, Artículo 13, 14, 17 y 20, y a lo establecido por el Capítulo V: De la investigación en grupos subordinados, Artículo 57 y 58. Los que a continuación se describen.

En referencia a lo dispuesto en el Capítulo I, Artículo 13 en donde se aborda el respeto de la dignidad y protección de los derechos de los participantes en todo momento se les tratará de manera amable, con un lenguaje respetuoso y acorde para promover una comunicación clara. En todo momento se respetó la autonomía y se proporcionó un medio de contacto en caso de requerir la aclaración de dudas (DOF, 2014).

Conforme al Artículo 14° en la fracción I, el presente estudio se apegó a los principios éticos que justifiquen la investigación. Así como, la fracción IV, en donde se indican los beneficios como resultados mayores a los potenciales riesgos producto del presente trabajo de investigación (DOF, 2014). Se cuidó en todo momento la integridad de los participantes. Para las personas con enfermedad crónica se les brindó privacidad y se cuidó en todo momento que no existieran profesionales de enfermería durante su participación. En el caso de los profesionales de enfermería se cuidó que su participación se realizará antes o después de su horario laboral o en tiempos de descanso, previo acuerdo con el participante. En ambos casos, es decir, tanto las personas con enfermedad crónica como los profesionales de enfermería, llenaron los cuestionarios en un aula autorizada para su uso, en donde únicamente el investigador, así como, los entrevistados permanecieron.

En la fracción V se aborda la necesidad del consentimiento informado del participante (DOF, 2014). Para cumplir con esta fracción se utilizaron dos consentimientos informados (Apéndice Ñ y Q), uno para las personas con enfermedad crónica y otro para los profesionales de enfermería. Los consentimientos contaron con información completa y veraz, en donde se dieron a conocer los objetivos de la investigación, los procedimientos que a realizar, así como los beneficios y posibles molestias.

Con base en la fracción VI y con la finalidad de cuidar la integridad de los participantes, la presente investigación se realizó por profesionales de salud con conocimiento y experiencia para garantizar el bienestar (DOF, 2014). Por tal motivo, la aplicación de los cuestionarios que formaron parte de la investigación se realizaron por una enfermera profesional con apoyo de enfermeros, bajo la dirección metodológica de un grupo de investigadores expertos, en especial del director de tesis.

Las fracciones VII y VIII refieren la necesidad de contar con autorización institucional, por lo que el presente estudio se realizó una vez que se obtuvieron los



registros de dictamen favorable emitidos por los comités de investigación y de ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. En conjunto con las autorizaciones requeridas por parte de las instituciones de salud donde se llevarán a cabo los procedimientos.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 16, se veló por la privacidad de los participantes mediante el anonimato de los datos. Tanto para el grupo de personas con enfermedad crónica como para los profesionales de enfermería, se distribuyeron los cuestionarios en sobres sellados y cerrados, sin solicitar datos personales. Una vez completados, se pidió a los participantes que depositaran los sobres en una caja para mantener su identidad protegida. Los cuestionarios se almacenaron durante 12 meses y se eliminaron al cumplirse dicho plazo, asegurando así la confidencialidad de las respuestas. Además, para preservar el anonimato, los cuestionarios fueron destruidos después de su uso. Asimismo, en aras de garantizar la confidencialidad, los resultados podrían divulgarse de forma general, sin revelar datos personales ni información que pudiera identificar a algún participante (DOF, 2014).

Según lo establecido en el Artículo 17, este estudio se cataloga como una investigación sin riesgo. La obtención de datos se llevó a cabo mediante el llenado de instrumentos en formato de entrevista, sin realizar intervenciones ni modificaciones intencionadas en variables fisiológicas, psicológicas o sociales (DOF, 2014).

Según lo establecido en el Artículo 20, se utilizó la firma del consentimiento informado como forma de autorización para participar en la investigación, sin ofrecer retribución económica y sin ejercer ninguna forma de coacción para negar o revocar la participación (Apéndices Ñ y Q). Además, se aseguró que los participantes recibirían respuestas a cualquier pregunta y se reiteró su libertad para retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio en cualquier momento (DOF, 2014).

Según lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57, el cual menciona los grupos subordinados a los trabajadores de hospitales, empleados y otros grupos especiales de la

población, donde el consentimiento informado podría ser influenciado por alguna autoridad (DOF, 2014), se consideraron como grupos subordinados tanto a los profesionales de enfermería como a las personas con enfermedad crónica. Por lo tanto, se invitó a los participantes a participar y completar los instrumentos sin la presencia de ninguna autoridad, como personal administrativo o directivo, con el objetivo de evitar que el asentimiento fuera influenciado. De acuerdo con el Artículo 58, fracciones I y II, se garantizó a los profesionales de enfermería que, en caso de retirar su consentimiento, no sufrirían coerción o represalias que pudieran afectar su empleo. Del mismo modo, para las personas con enfermedad crónica se aseguró que, en caso de retirar su consentimiento, no habría coerción o represalias que pudieran afectar su atención médica (DOF, 2014).

Dada la posibilidad de inclusión de personas adultas mayores en la presente investigación, también se consideró lo establecido por la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. En el capítulo I, Artículo 4, Fracción I, se menciona que la autonomía y autorrealización son principios rectores, y todas las acciones benéficas deben orientarse a fortalecer la independencia, capacidad de decisión, desarrollo personal y comunitario de las personas adultas mayores residentes del territorio nacional (DOF, 2016). Por este motivo, a las personas de 60 años o más que deseaban participar en el estudio se les realizó una evaluación breve de su estado cognitivo con la prueba Pfeiffer (1975), la cual consta de 10 preguntas y mide la memoria a corto plazo, orientación sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. En caso de contar con  $\geq 5$  errores (indicación de deterioro cognitivo grave o severo), se agradeció la participación a la persona y se entregó material impreso con información para el cuidado de la salud como muestra de agradecimiento.

### **Plan de análisis de datos**

Para el análisis de los datos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.

Respecto al primer objetivo específico que consistió en describir en los profesionales de enfermería las variables identidad personal y social, las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual), así como la competencia cultural, se realizó el siguiente procedimiento. Para las variables continuas se realizaron medidas de tendencia central, variabilidad y distribución, y para las variables categóricas distribución de frecuencias y porcentajes.

Para el segundo objetivo específico, se revisó la consistencia interna de los instrumentos por medio del Coeficiente de Alpha de Cronbach. Posteriormente se revisó la normalidad de las variables con la prueba de Kolmogorov-Smirnov (*K-S*) con corrección de Lilliefors, considerando un nivel de significancia para todas las pruebas estadísticas de  $p \leq .05$ . Dado la no normalidad de los datos, se realizaron correlaciones de Spearman para establecer relaciones entre las variables identidad personal y social de los profesionales de enfermería, resistencia cognitiva, resistencia emocional, resistencia conductual y competencia cultural.

Para responder al primer objetivo general, que consistió en evaluar la capacidad explicativa del modelo de competencia cultural para la atención de enfermedades crónicas en profesionales de enfermería, se revisó el cumplimiento de los supuestos para el análisis de una regresión lineal múltiple. Esto se hizo a partir de la revisión de la linealidad de la relación entre variables, gráfico de residuos e histograma de residuos. Una vez confirmados los supuestos, se procedió a analizar un modelo de regresión múltiple mediante el método de entrada jerárquica. Se utilizaron como variables predictoras la identidad personal y social, así como las resistencias cognitivas, emocionales y conductuales, mientras que la variable dependiente fue la competencia cultural. Se consideraron variables significativas cuando  $p \leq .05$ .

Para realizar la prueba de la primera hipótesis la cual consistió en que en el personal de enfermería, un nivel alto de identidad social con su grupo y un menor nivel de resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual) predicen una

mayor práctica de competencia cultural. Para lo cual inicialmente se realizó una prueba de causalidad (análisis de regresión) entre las variables identidad social del personal de enfermería y competencia cultural. Después, se llevó a cabo la modelación de 3 modelos de mediación simple (Baron & Kenny, 1986), en donde el efecto de la variable predictora (identidad social PE) sobre la variable resultante (competencia cultural), estuvo mediado por las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual).

El análisis de mediación se basa en estimaciones de mínimos cuadrados ordinarios. Para este estudio se estimaron intervalos de confianza para los efectos directos e indirectos condicionales de la variable predictora utilizando *bootstrapping* (10,000 muestras). De esta manera, se generaron intervalos de confianza más exactos basados en la distribución real de los datos en lugar de imponer supuestos de distribución. Para la estimación de la mediación y los intervalos de confianza basados en *bootstrapping* se utilizó la macro PROCESS (modelo 4) desarrollada por Hayes para SPSS (Hayes, 2013).

En relación con el tercer objetivo específico, que consistió en describir la identidad personal y social, la percepción de cuidado culturalmente competente y la autogestión de la enfermedad en las personas con enfermedad crónica, se obtuvieron medidas de tendencia central, variabilidad y distribución para las variables continuas. Para las variables categóricas, se realizó la distribución de frecuencias y porcentajes.

En cuanto al cuarto objetivo específico, se evaluó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach. Posteriormente, se examinó la normalidad de las variables utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors, con un nivel de significancia de  $p < .05$ . Dado que los datos no mostraron normalidad, se llevaron a cabo correlaciones de Spearman para identificar relaciones entre la identidad personal y social, la percepción de cuidado

culturalmente competente y la autogestión de la enfermedad en las personas con enfermedad crónica.

Para abordar el segundo objetivo general, que consistía en determinar la capacidad explicativa del modelo de percepción de competencia cultural en las personas con enfermedad crónica para su autogestión, así como la segunda hipótesis que refiere que en personas con enfermedades crónicas, un mayor nivel de identificación con su grupo, una percepción más baja de permeabilidad de grupo y una percepción más alta de cuidado culturalmente competente, predecirían una mayor práctica de autogestión de su enfermedad crónica, se evaluaron los supuestos necesarios para realizar un análisis de regresión lineal múltiple. Este proceso incluyó la revisión de la linealidad de la relación entre variables, así como la inspección de los gráficos e histogramas de residuos. Se analizó un modelo de regresión múltiple, utilizando como variables predictoras la identidad personal y social, la percepción de cuidado culturalmente competente, y como variable dependiente la autogestión de las enfermedades crónicas. Se consideraron significativas aquellas variables con  $p \leq .05$ .

## Capítulo III

### Resultados

Este capítulo aborda los resultados de 233 miembros del personal de enfermería (PE) y 284 personas con enfermedad crónica (PEC). En primer lugar, se presentan los resultados del primer objetivo general y los objetivos específicos 1 y 2, así como la prueba de hipótesis 1; correspondientes a los PE. En segundo lugar, se presentan los resultados del segundo objetivo general y los objetivos específicos 3 y 4, seguido de la prueba de hipótesis 2, los cuales corresponden a las PEC.

#### Personal de Enfermería

En relación con el personal de enfermería (PE), el primer objetivo específico plantea describir su identidad personal y social, así como sus resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual), junto con su competencia cultural.

Todo el PE en el estudio reportó ser de nacionalidad mexicana, con una edad media de 30 años, predominantemente mujeres, en su mayoría con pareja, y se identificaron principalmente como católicos. En cuanto a su salud, una minoría reportó tener hipertensión o diabetes tipo 2.

En términos de nivel de estudios, el PE contaba en su mayoría con licenciatura, seguido de aquellos que contaban con especialidad. Una proporción significativa había tenido experiencia en el cuidado de personas de diferentes nacionalidades y que hablaban idiomas distintos al suyo (tabla 1).

**Tabla 1**

*Estadística descriptiva de la identidad personal del personal de enfermería*

Variable	<i>n</i> (%)	<i>M</i> ( <i>DE</i> )
<b>Edad</b>		30 (13.18)
<b>Sexo</b>	Femenino	188 (80.7)
	Masculino	45 (19.3)
<b>Estado Marital</b>	Con pareja	147 (63.1)

<b>Variable</b>	<b>Sin pareja</b>	<b>86 (36.9)</b>	
		<b>n (%)</b>	<b>M (DE)</b>
<b>Religión</b>			
	Católico	172 (73.8)	
	Protestante/cristiano	20 (8.6)	
	Otras religiones	4 (1.7)	
	Sin adscripción religiosa, pero creyente	20 (8.6)	
	Sin religión	17 (7.3)	
<b>Identificación Sexual</b>			
	Mujer	180 (77.8)	
	Hombre	43 (18.5)	
	Homosexual/Lesbiana	5 (2.1)	
	Bisexual	4 (1.7)	
	No binario	1 (.4)	
<b>Enfermedades</b>			
	Hipertensión	15 (6.4)	
	Diabetes Mellitus T2	12 (5.2)	
<b>Nivel de estudios</b>			15 (2.98)
	Estudiante	24 (10.3)	
	Pasante	55 (23.6)	
	Técnico	22 (9.4)	
	Enfermero/a general (licenciatura)	70 (30)	
	Enfermero/a con especialidad	47 (20.2)	
	Enfermero/a con maestría	13 (5.6)	
	Enfermero/a con doctorado	2 (.9)	
<b>Nacionalidad diferente a la suya</b>			
	Sí	131 (56.2)	
	No	97 (41.6)	
	No lo sé	5 (2.1)	
<b>Idioma diferente al suyo</b>			
	Sí	135 (57.9)	
	No	98 (42.1)	
<b>Antigüedad laboral</b>			5 (8.38)

*Nota:* Nacionalidad diferente a la suya = ¿ha atendido a personas con una nacional diferente a la suya?; Idioma diferente al suyo= ¿ha atendido a personas que hablen un idioma diferente al suyo?, n=frecuencia, %=porcentaje, M=Media, SE= Desviación estándar. Fuente: Cédula de datos sociodemográficos y culturales del Personal de Enfermería. n=233.

En cuanto a la identidad social, los puntajes obtenidos reflejan que el PE muestra un alto nivel de identificación dentro de su grupo profesional. Respecto a la resistencia cognitiva, los puntajes más altos están asociados con actitudes más negativas hacia las personas con enfermedades crónicas. En este estudio, los puntajes moderados obtenidos sugieren que estas actitudes están presentes en el PE.

En relación con la resistencia emocional, se observó que los puntajes bajos reflejan un menor nivel de ansiedad intergrupala del PE durante sus encuentros clínicos con personas con enfermedades crónicas. Esto indica que el PE experimenta menos ansiedad en estas interacciones, por tanto se presenta menor resistencia emocional.

La resistencia conductual fue medida utilizando la escala de autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente, en donde a mayores puntajes, mayor nivel de autoeficacia. En el contexto de esta investigación, los puntajes altos en autoeficacia obtenidos por el PE indican menores niveles de resistencia conductual.

Finalmente, la competencia cultural del PE muestra que aquellos con puntajes más altos tienden a poseer mayores niveles de competencia cultural en su práctica diaria, destacando en habilidades culturales, seguidas por conocimientos y conciencia cultural (tabla 2).

**Tabla 2**

*Estadística descriptiva, normalidad de los datos y consistencia interna de identidad social, resistencias a la diversidad cultural así como competencia cultural*

<b>Variable</b>	<b>Rango posible</b>	<b>Rango observado</b>	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>DE</b>	<b>K-S</b>	<b>P-valor</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Identidad Social <sup>a</sup>	10-100	34-100	77.52	78.57	13.32	.077	.002	.77
Resistencia Cognitiva <sup>b</sup>	10-100	28-90	57.94	56.67	11.28	.084	.000	.71
Resistencia Emocional <sup>c</sup>	12-100	10-68	29.32	25.83	14.67	.100	.000	.84
Resistencia Conductual <sup>d</sup>	12-100	50-98	73.33	73.33	10.38	.072	.005	.82
Competencia Cultural <sup>e</sup>	14-100	43-100	75.08	75.71	10.48	.089	.000	.77
Conciencia Cultural <sup>e</sup>	20-100	20-100	63.73	65	17.99	.087	.000	.68
Conocimientos Culturales <sup>e</sup>	20-100	20-100	80.52	80	14.50	.155	.000	.69
Habilidades Culturales <sup>e</sup>	20-100	43-100	79.03	80	11.83	.111	.000	.74

*Fuente:* Escala de Identidad Social para Profesionales de Enfermería <sup>a</sup>, Escala de Actitudes hacia las Diferencias Culturales <sup>b</sup>, Escala de Ansiedad Intergrupala <sup>c</sup>, Escala de Autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente <sup>d</sup>, Escala de Medición de Competencia Cultural <sup>e</sup> (EMCC-14). Donde: *M*= Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación estándar, *K-S*= Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, *p-valor*= nivel de significancia medida con Kolmogorov-Smirnov significativo para valores  $\leq 0.05$ ,  $\alpha$ = alfa de Cronbach. *n*=233.



Para el segundo objetivo específico se analizaron correlaciones de Spearman para examinar la relación entre la identidad personal y social, las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual), así como la competencia cultural, en el personal de enfermería.

Se identificó una relación negativa significativa entre la identidad social y la resistencia emocional, lo que sugiere que a menor nivel de identidad social, el personal de enfermería presentó mayor resistencia emocional. Además, la identidad social mostró una relación positiva con la resistencia conductual, indicando que a medida que aumentaba la identidad social, disminuía la resistencia conductual. También se observó que una mayor identidad social se asociaba con mayor edad, nivel educativo y antigüedad laboral.

Por otro lado, se identificó una mayor resistencia emocional en aquellos con un menor nivel de escolaridad, mientras que la resistencia conductual tendía a ser menor en este grupo. En cuanto a la competencia cultural, se encontró una relación negativa significativa con la resistencia cognitiva, lo que sugiere que a mayor competencia cultural, se presentaba menor resistencia cognitiva. Asimismo, la competencia cultural mostró una correlación significativa con la resistencia conductual, en la cual a mayor competencia cultural, se registraba una menor resistencia conductual (tabla 3).

**Tabla 3***Correlaciones entre variables de interés en el personal de enfermería*

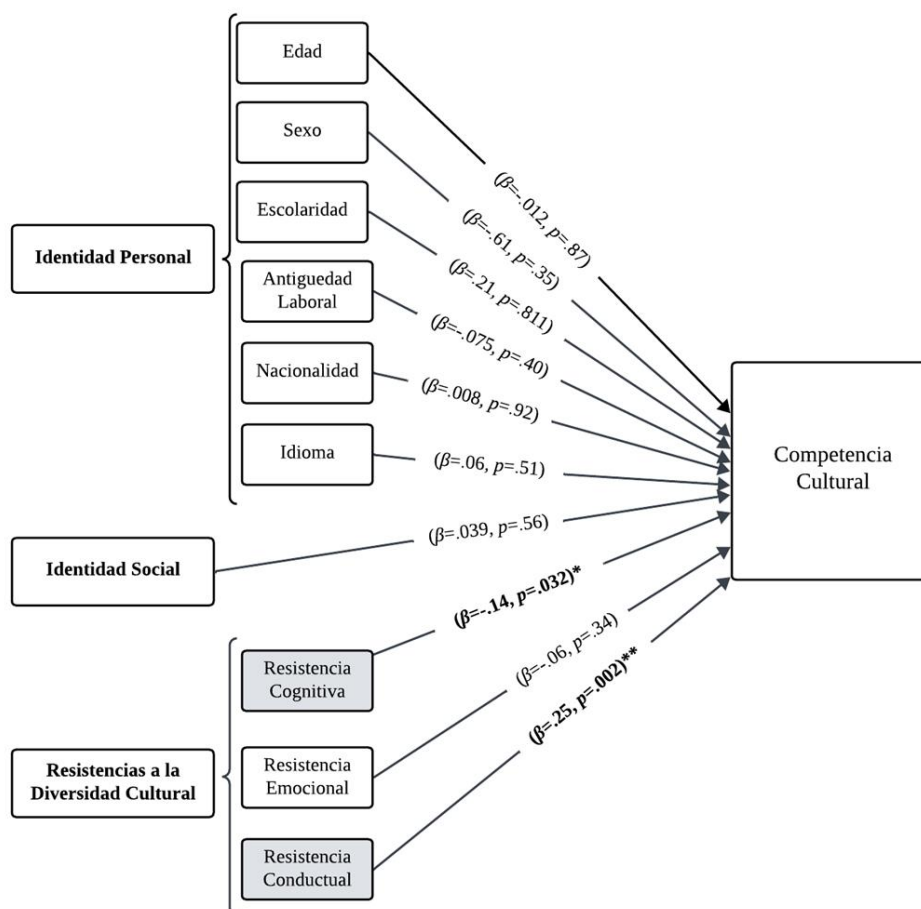
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Identidad Social <sup>a</sup>	<b>1.0</b>													
2. Resistencia cognitiva <sup>b</sup>	-.088	<b>1.0</b>												
3. Resistencia Emocional <sup>c</sup>	-.184**	-.075	<b>1.0</b>											
4. Resistencia Conductual <sup>d</sup>	.133*	.066	-.273**	<b>1.0</b>										
5. Competencia Cultural <sup>e</sup>	0.105	-.175**	-.102	.251**	<b>1.0</b>									
6. Conciencia <sup>e</sup>	-.191**	-.131*	-.072	.033	.672**	<b>1.0</b>								
7. Conocimiento <sup>e</sup>	.146*	-.164*	-.018	.193**	.725**	.246**	<b>1.0</b>							
8. Habilidades <sup>e</sup>	.336**	-0.04	-.138*	.372**	.718**	.170**	.431**	<b>1.0</b>						
9. Edad <sup>f</sup>	.200**	-.001	-.024	-.026	-.011	-.062	-.014	.103	<b>1.0</b>					
10. Sexo <sup>f</sup>	-.058	.064	-.099	.077	-.043	.084	-.068	-.102	.052	<b>1.0</b>				
11. Escolaridad <sup>f</sup>	.149*	.002	-.178**	-.010	.004	.010	-.058	.052	.652**	.065	<b>1.0</b>			
12. Antigüedad Laboral <sup>f</sup>	.255**	-.059	-.143	-.008	.013	-.036	-.057	.110	.718**	.012	.743**	<b>1.0</b>		
13. Nacionalidad <sup>f</sup>	-.002	-.080	-.037	.105	.059	.043	.009	.086	.022	.152*	.176**	.115	<b>1.0</b>	
14. Idioma <sup>f</sup>	.016	-.036	-.025	.234**	.105	.001	.071	.160*	.122	.131*	.249**	.229	.709**	<b>1.0</b>

*Fuente:* Escala de Identidad Social para Profesionales de Enfermería <sup>a</sup>, Escala de Actitudes hacia las Diferencias Culturales <sup>b</sup>, Escala de Ansiedad Intergrupal <sup>c</sup>, Escala de Autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente <sup>d</sup>, Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14) <sup>e</sup>, Cédula de datos sociodemográficos y culturales del Personal de Enfermería <sup>f</sup>. *Donde:* Nacionalidad = ¿ha atendido a personas con una nacional diferente a la suya?; idioma= ¿ha atendido a personas que hablen un idioma diferente al suyo? *Nota:* \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ .  $n=233$ .

Para abordar el primer objetivo general, que se centra en evaluar la capacidad explicativa del modelo de competencia cultural en la atención de enfermedades crónicas por parte del personal de enfermería, se analizó un modelo de regresión múltiple. Este modelo se utilizó para predecir el comportamiento de la competencia cultural, considerando como variables independientes la identidad personal y social, así como las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual) (Figura 5).

### Figura 5

*Modelo explicativo de la competencia cultural para la atención de enfermedades crónicas en el personal de enfermería*



*Fuente:* Escala de Identidad Social para Profesionales de Enfermería, Escala de Actitudes hacia las Diferencias Culturales, Escala de Ansiedad Intergrupar, Escala de Autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente, Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14), Cédula de datos sociodemográficos y culturales del Personal de Enfermería. *Donde:* Nacionalidad = ¿ha atendido a personas

con una nacional diferente a la suya?; idioma= ¿ha atendido a personas que hablen un idioma diferente al suyo? *Nota:* \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ .  $n=233$ .

Se encontró que el modelo predijo el 9.8% de la varianza del comportamiento de competencia cultural ( $F [10, 222]=2.41, p < .001$ ). Las resistencias conductual y cognitiva fueron predictores únicos, mostrando que cuando existió menor resistencia conductual, así como menor resistencia cognitiva, se relacionaba con un mayor comportamiento de competencia cultural.

Dado que la competencia cultural es una variable multidimensional, se llevaron a cabo análisis secundarios para el primer objetivo general. Con fines exploratorios y para profundizar en la comprensión de la competencia cultural se realizaron modelos de regresión lineal para cada una de sus dimensiones. Las dimensiones analizadas incluyen conciencia, conocimientos y habilidades culturales (ver tabla en Apéndice R). Los resultados de los análisis secundarios se muestran a continuación.

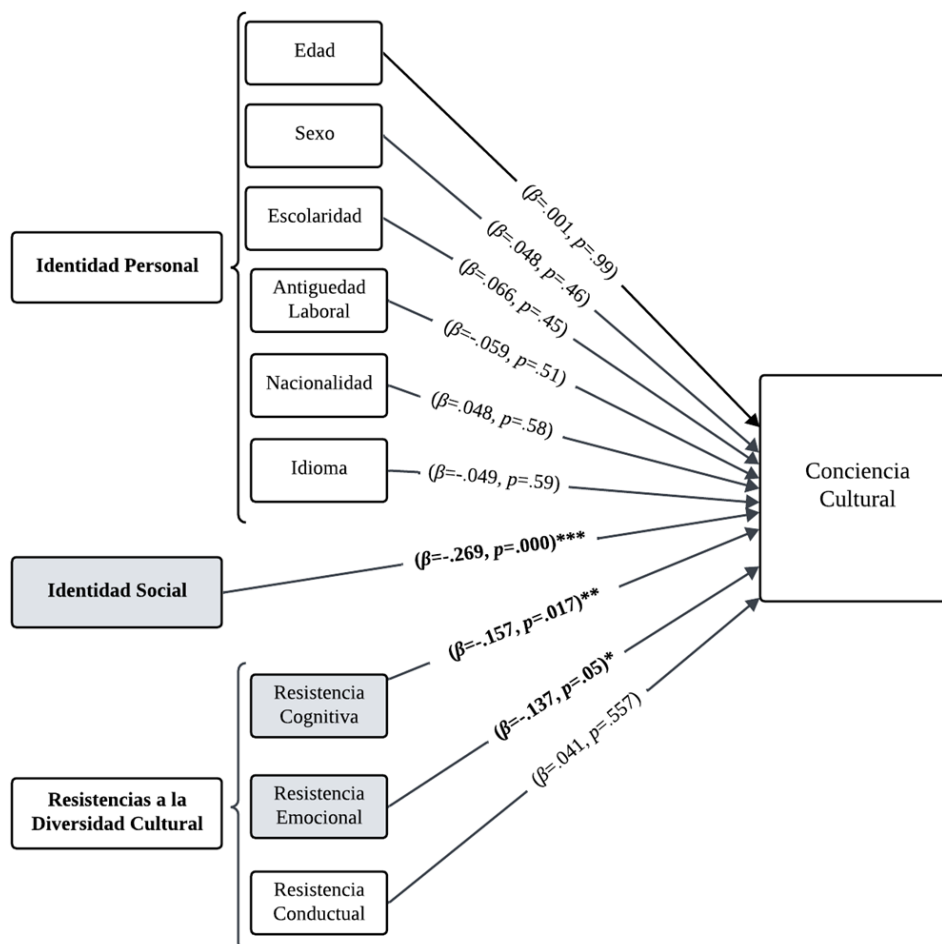
El modelo analizado para conciencia cultural ( $F [10, 222]=2.59, p < .000$ ), explicó el 10.5% de la varianza. Se encontró que una mayor identidad social, mayores actitudes negativas del personal de enfermería, es decir, mayor resistencia cognitiva y mayor ansiedad intergrupala, es decir, mayor resistencia emocional, se asociaban con una menor conciencia cultural (Figura 6).

En el modelo analizado para los conocimientos culturales ( $F [10, 222]=2.20, p < .001$ ), se explicó el 9% de la varianza. Se encontró que menores actitudes negativas del personal de enfermería, es decir, menor resistencia cognitiva y menor resistencia conductual, se asociaban con mayores conocimientos culturales (Figura 7).

Finalmente, en el modelo analizado para las habilidades culturales ( $F [10, 222]=5.99, p < .000$ ), explicó el 21.3% de la varianza. Se mostró que una mayor identificación social con su grupo, menor resistencia conductual y ser mujer promovían las habilidades culturales (Figura 8).

**Figura 6**

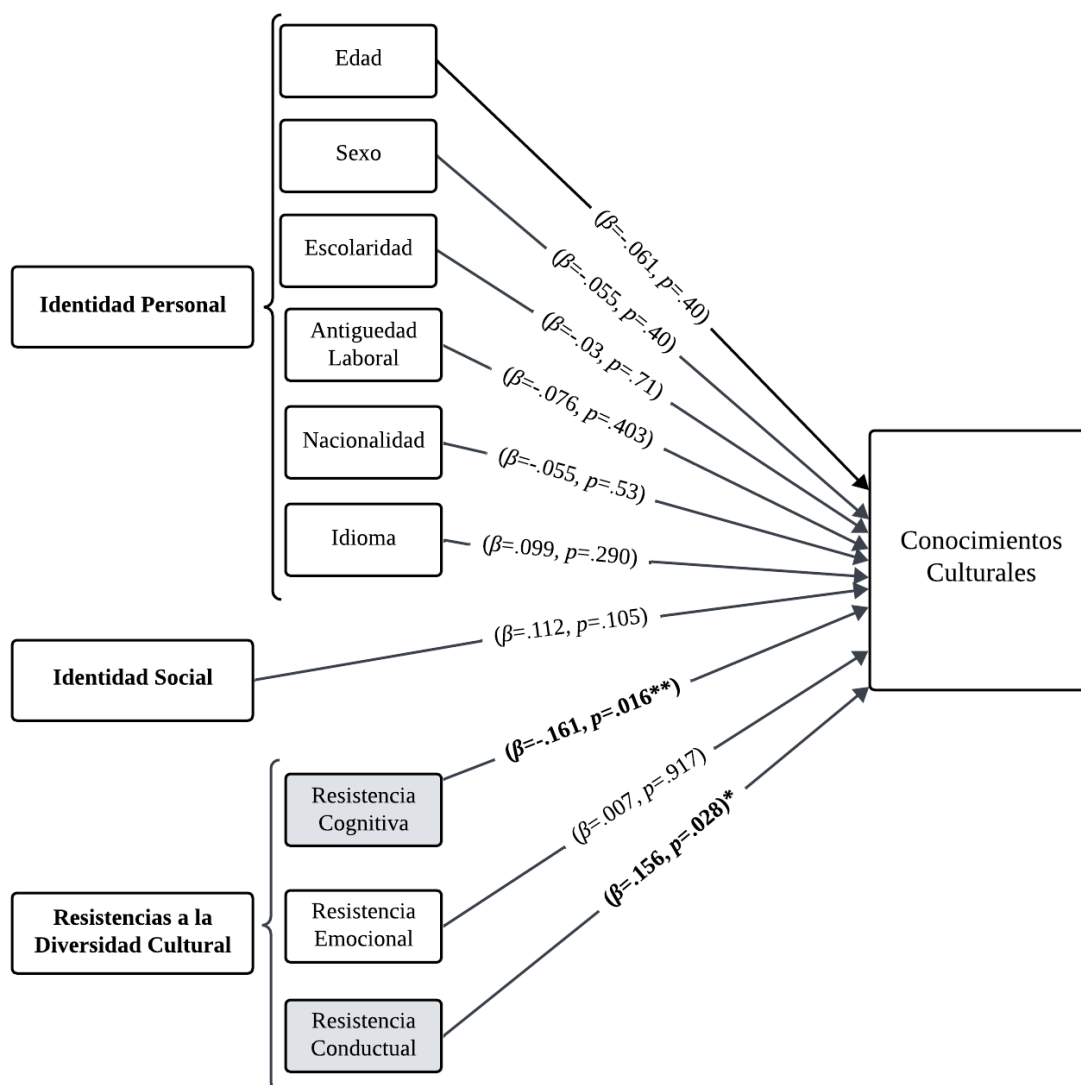
*Modelo explicativo de la conciencia cultural para la atención de enfermedades crónicas en el personal de enfermería*



*Fuente:* Escala de Identidad Social para Profesionales de Enfermería, Escala de Actitudes hacia las Diferencias Culturales, Escala de Ansiedad Intergrupala, Escala de Autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente, Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14), Cédula de datos sociodemográficos y culturales del Personal de Enfermería. *Donde:* Nacionalidad = ¿ha atendido a personas con una nacional diferente a la suya?; idioma= ¿ha atendido a personas que hablen un idioma diferente al suyo? *Nota:* \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ .  $n=233$ .

**Figura 7**

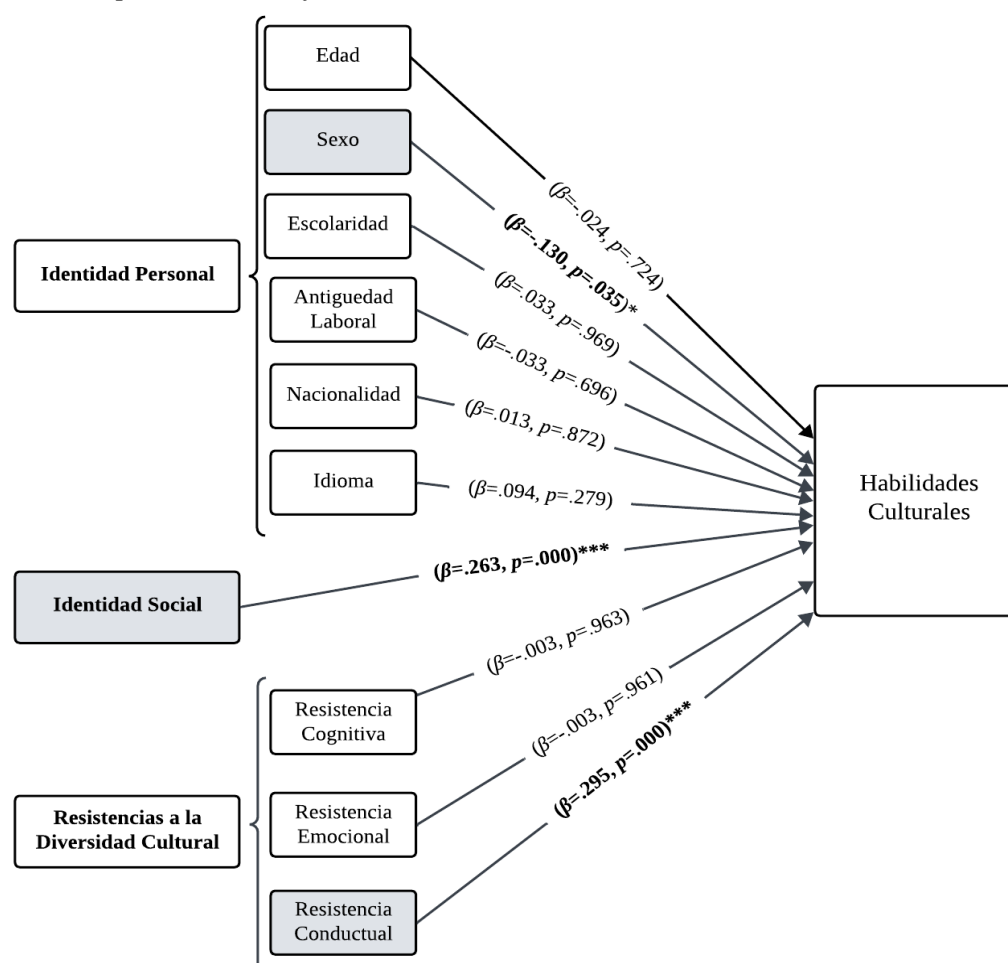
*Modelo explicativo de los conocimientos culturales para la atención de enfermedades crónicas en el personal de enfermería*



*Fuente:* Escala de Identidad Social para Profesionales de Enfermería, Escala de Actitudes hacia las Diferencias Culturales, Escala de Ansiedad Intergrupar, Escala de Autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente, Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14), Cédula de datos sociodemográficos y culturales del Personal de Enfermería. *Donde:* Nacionalidad = ¿ha atendido a personas con una nacional diferente a la suya?; idioma= ¿ha atendido a personas que hablen un idioma diferente al suyo? *Nota:* \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ .  $n=233$ .

**Figura 8**

*Modelo explicativo de las habilidades culturales para la atención de enfermedades crónicas en el personal de enfermería*



*Fuente:* Escala de Identidad Social para Profesionales de Enfermería, Escala de Actitudes hacia las Diferencias Culturales, Escala de Ansiedad Intergrupal, Escala de Autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente, Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14), Cédula de datos sociodemográficos y culturales del Personal de Enfermería. *Donde:* Nacionalidad = ¿ha atendido a personas con una nacionalidad diferente a la suya?; idioma = ¿ha atendido a personas que hablen un idioma diferente al suyo? *Nota:* \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ .  $n=233$ .

Para abordar la primera hipótesis, que sugería que en el personal de enfermería, un mayor nivel de identificación social con su grupo y menores resistencias a la diversidad cultural (tanto cognitiva, emocional como conductual) predecirían una mayor competencia cultural, se llevaron a cabo análisis de mediación simple. Al revisar los

supuestos de causalidad, no se encontró una relación causal directa entre la identidad social y la competencia cultural. Sin embargo, con base en las teorías subyacentes y las relaciones causales observadas entre la identidad social y las subdimensiones de la competencia cultural, se procedió a analizar las mediaciones.

Estos análisis se centraron en examinar la relación entre la identidad social y la competencia cultural, considerando la influencia mediadora de las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual), en todos los casos se controló el análisis por la identidad personal del PE (edad, sexo, escolaridad, antigüedad laboral, así como la atención de personas de nacionalidades e idiomas diferentes al propio) (Figura 9).

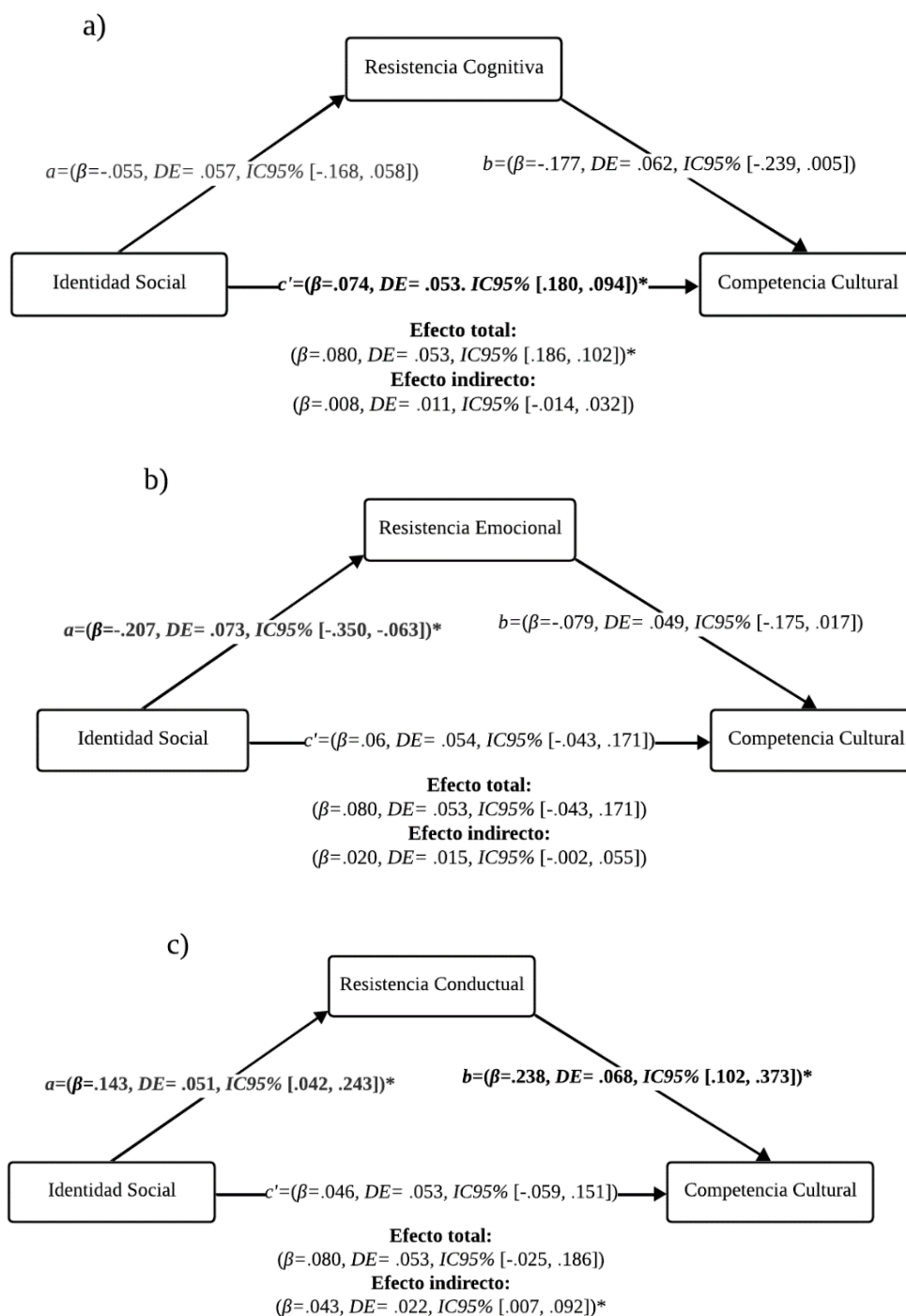
En el modelo de mediación que examinó la relación entre la identidad social y la competencia cultural, con la resistencia cognitiva como posible mediador, se observaron efectos significativos. Se encontró un efecto total significativo de la mediación, lo que sugiere que la resistencia cognitiva influye en la relación entre la identidad social y la competencia cultural (Figura 9a).

En el modelo que exploró la relación entre la identidad social y la competencia cultural, con la posible mediación de la resistencia conductual, se encontró un efecto indirecto significativo, lo que sugiere que aunque la identidad social no tiene un impacto directo significativo sobre la competencia cultural, ejerce una influencia a través de la resistencia conductual. En otras palabras, una mayor identidad social conduce a una menor resistencia conductual, lo cual a su vez resulta en una mejor competencia cultural (Figura 9c).



**Figura 9**

*Modelos de mediación para la relación entre identidad social y competencia cultural, mediado por las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual) en el personal de enfermería*



Nota: \*Valores significativos.  $n=233$ .

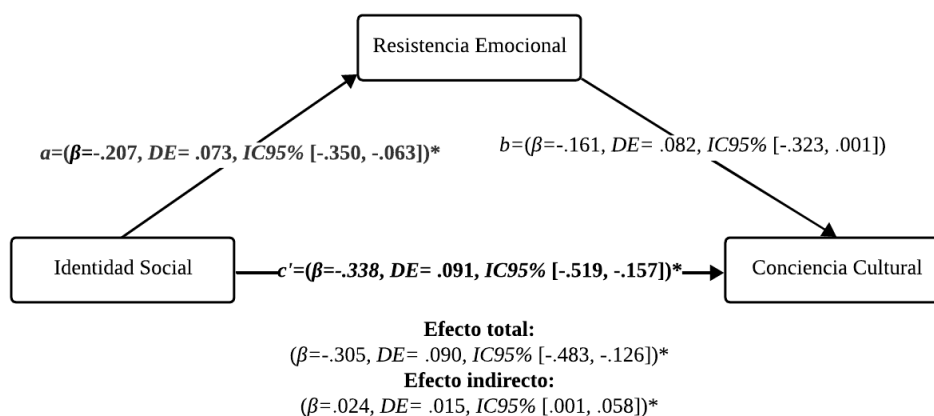
Además del análisis principal, se realizaron análisis complementarios para abordar la multidimensionalidad de la competencia cultural y ampliar la comprensión de su comportamiento. Se desarrollaron modelos de mediación para examinar la relación entre la identidad social y las dimensiones de conciencia, conocimientos y habilidades culturales, considerando las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual) como posibles mediadores. Estos análisis permitieron identificar cómo las distintas formas de resistencia pueden influir en la relación entre la identidad social y cada dimensión de la competencia cultural, proporcionando una visión más detallada y precisa del fenómeno estudiado (ver tabla en Apéndice S).

En los modelos de mediación que exploraron la relación entre la identidad social y las dimensiones de la competencia cultural, con la resistencia cognitiva como mediador, se obtuvieron varios hallazgos significativos. En el análisis de la relación entre la identidad social y la conciencia cultural, mediada por la resistencia emocional, se encontraron efectos totales, directos e indirectos significativos. Estos resultados indican que una mayor identidad social está negativamente relacionada con la conciencia cultural, incluso al considerar la resistencia emocional. Además, el hallazgo de un efecto indirecto significativo sugiere que la resistencia emocional medía parcialmente esta relación, es decir, la resistencia emocional reduce la influencia de la identidad social sobre la conciencia cultural (Figura 10).

En cuanto a la relación entre la identidad social y las habilidades culturales, mediada por la resistencia conductual, se hallaron efectos totales, directos e indirectos significativos. Estos resultados indican que tanto la identidad social como la resistencia conductual tienen efectos significativos en las habilidades culturales. Es decir, un aumento en la identidad social y una disminución en la resistencia conductual se asocia con mayores habilidades culturales (Figura 11).

**Figura 10**

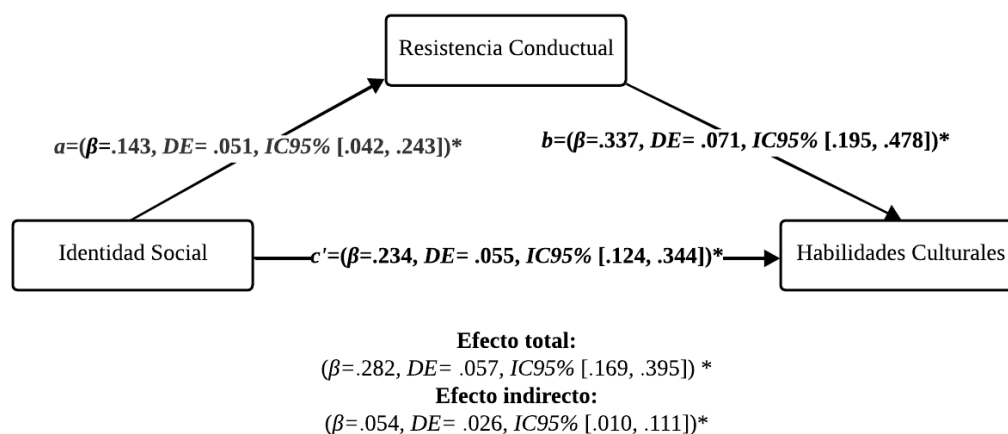
*Modelo de mediación para la relación entre identidad social y conciencia cultural, mediado por la resistencia emocional en el personal de enfermería*



*Nota:* \*Valores significativos.  $n=233$ .

**Figura 11**

*Modelo de mediación para la relación entre identidad social y habilidades culturales, mediado por la resistencia conductual en el personal de enfermería*



*Nota:* \*Valores significativos.  $n=233$ .

### Personas con Enfermedad Crónica

En relación con las Personas con Enfermedad Crónica (PEC), el tercer objetivo específico fue describir la identidad personal y social, la percepción de cuidado culturalmente competente y la autogestión de la enfermedad. Todas las PEC reportaron ser de nacionalidad mexicana. La mayoría eran mujeres, con pareja, no trabajaban y eran de religión católica.

En cuanto a su salud, la mayoría calificó su estado de salud como regular o bueno, con un pequeño porcentaje describiéndolo como muy buena o mala. En relación con el dolor, la mayoría reportó sentirlo de forma crónica. Además, la mayoría experimentaba un buen bienestar subjetivo (tabla 4).

**Tabla 4**

*Identidad Personal de las Personas con Enfermedad Crónica*

<b>Variable</b>	<b>n (%)</b>	<b>M (DE)</b>
<b>Edad</b>		62.04 (11.18)
<b>Sexo</b>		
Femenino	229 (80.6)	
Masculino	55 (19.4)	
<b>Estado Marital</b>		
Con pareja	173 (60.9)	
Sin pareja	111 (39.1)	
<b>Escolaridad</b>		8.28 (4.6)
<b>Ocupación</b>		
No trabaja	145 (51.1)	
Trabajo remunerado	85 (29.9)	
Trabajo no remunerado	54 (19)	
<b>Religión</b>		
Católico	225 (79.2)	
Protestante/cristiano	33 (11.6)	
Otras religiones	5 (1.8)	
Sin adscripción religiosa, pero creyente	12 (4.2)	
Sin religión	9 (3.2)	
<b>Percepción del estado de Salud</b>		
Muy bueno	11 (3.9)	
Bueno	92 (32.4)	
Regular	152 (53.5)	
Malo	19 (6.7)	
Muy mala	10 (3.5)	

<b>Variable</b>	<b>n (%)</b>	<b>M (DE)</b>
<b>Enfermedades</b>		
Hipertensión	216 (76.1)	9.20 (10.48)
Diabetes Mellitus T2	177 (62.3)	7.67 (8.74)
<b>Dolor<sup>a</sup></b>		
No	75 (26.4)	
Ocasionalmente	74 (26.1)	
Si, con duración menor a 3 meses	36 (12.7)	
Si, con duración mayor a 3 meses	99 (34.9)	
<b>Bienestar subjetivo</b>		
Bienestar subjetivo bajo	53 (18.7)	
Buen bienestar subjetivo	231 (81.3)	

*Nota:* <sup>a</sup> “¿siente o ha sentido dolor en alguna parte de su cuerpo?” Fuente: Cédula de datos sociodemográficos y culturales para Personas con Enfermedad Crónica. *n*=284.

En cuanto a las variables de interés, la identidad social mostró una puntuación media que sugiere que las PEC cuentan con un nivel moderado de identificación con su grupo. Respecto a la percepción de permeabilidad de grupo se identificó una media moderada, lo que significa que las PEC perciben que pueden dejar de pertenecer al grupo de personas con enfermedad crónica. En cuanto a la percepción del cuidado culturalmente competente se encontró una media moderada de insatisfacción e incompetencia en la atención intercultural por parte del personal de enfermería.

En cuanto a la autogestión de la EC, se encontró una media moderadamente alta, lo cual es indicativo de un buen nivel de autogestión reportado por las PEC. Respecto a las subdimensiones de la autogestión de la EC se encontró mayor puntuación en la subdimensión de adherencia al tratamiento y comunicación con el profesional de salud, seguido del manejo del impacto físico, emocional y social derivado de la enfermedad, y por último la subdimensión de conocimientos sobre la salud y enfermedad (tabla 5).

**Tabla 5.**

*Estadística descriptiva, normalidad de los datos y consistencia interna de la identidad social, permeabilidad de grupo, percepción de cuidado culturalmente competente y autogestión de las personas con enfermedad crónica*

Variable	Rango posible	Rango observado	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>K-S</i>	<i>p-valor</i>	<i>α</i>
Identidad Social <sup>a</sup>	14-100	15-93	56.58	58.33	17.03	.057	.025	.70
Permeabilidad <sup>b</sup>	14-100	29-100	69.79	69.05	15.82	.043	.200	.83
Percepción de cuidado culturalmente competente <sup>c</sup>	20-100	20-100	63.71	62	14.22	.085	.000	.86
Autogestión <sup>d</sup>	0-100	1-100	73.28	73.96	15.59	.059	.020	.77
Conocimientos <sup>d</sup>	0-100	6-100	65.69	62.50	23.13	.195	.000	.70
Adherencia y comunicación <sup>d</sup>	0-100	0-100	78.26	81.25	17.62	.127	.000	.72
Manejo de la enfermedad <sup>d</sup>	0-100	1-100	69.61	71.88	23.53	.119	.000	.68

*Fuente:* Escala de Identidad Social para Personas con Enfermedad Crónica<sup>a</sup>, Escala de Permeabilidad de los Límites de Grupo<sup>b</sup>, Escala de evaluación para las percepciones de los pacientes sobre la competencia cultural de los enfermeros en las interacciones de atención de salud<sup>c</sup>, Partners in Health Scale (PHS)<sup>d</sup>. Donde: *M*= Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación estándar, *K-S*= Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, *p-valor*= nivel de significancia medida con Kolmogorov-Smirnov significativo para valores  $\leq 0.05$ ,  $\alpha = \alpha$  de Cronbach. *n*=284.

Para el cuarto objetivo específico de este estudio, se llevaron a cabo análisis de correlaciones de Spearman con el fin de explorar la relación entre la identidad personal y social, la percepción de cuidado culturalmente competente y la autogestión de la enfermedad en las personas con enfermedad crónica (tabla 6).

Se evidenció que las PEC reportaron mayor identidad social hacia su grupo cuando existió una mayor antigüedad de diabetes mellitus tipo 2, una menor disposición percibida para cambiar de grupo y un buen bienestar subjetivo, caracterizado por un ánimo positivo, vitalidad e interés general.

**Tabla 6.** Correlaciones entre variables de interés de las personas con enfermedad crónica

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Identidad Social <sup>a</sup>	1.0													
2. Permeabilidad <sup>b</sup>	<b>-.159**</b>	1.0												
3. Percepción de cuidado culturalmente competente <sup>c</sup>	-.097	.052	1.0											
4. Autogestión <sup>d</sup>	.073	<b>.123*</b>	-.108	1.0										
5. Conocimiento <sup>d</sup>	.018	.005	-.107	<b>.617**</b>	1.0									
6. Adherencia y Comunicación <sup>d</sup>	.093	-.021	-.073	<b>.801**</b>	<b>.445**</b>	1.0								
7. Manejo de la EC <sup>d</sup>	.040	<b>.234**</b>	-.047	<b>.765**</b>	<b>.235**</b>	<b>.341**</b>	1.0							
8. Edad <sup>e</sup>	.035	-.072	-.016	.082	-.045	.075	<b>.124*</b>	1.0						
9. Escolaridad <sup>e</sup>	-.079	.108	.069	<b>.172**</b>	<b>.232**</b>	<b>.118*</b>	.084	<b>-.342**</b>	1.0					
10. Sexo <sup>e</sup>	-.016	-.002	.010	.048	.070	.081	-.042	-.103	<b>.255**</b>	1.0				
11. Percepción del estado de salud <sup>e</sup>	-.010	-	<b>.139*</b>	-.251	.090	-.096	-	-.001	<b>-.124*</b>	<b>-.069</b>	1.0			
12. Dolor <sup>e</sup>	-.054	<b>-.142*</b>	.073	-	-.052	<b>-.136*</b>	<b>-.149*</b>	.076	-.087	<b>-.116*</b>	<b>.284**</b>	1.0		
13. HTA <sup>e</sup>	.067	-.026	.096	<b>.171**</b>	.001	<b>.196**</b>	<b>.145*</b>	<b>.276**</b>	-.107	<b>-.152*</b>	.055	.050	1.0	
14. DMT2 <sup>e</sup>	<b>.137*</b>	<b>-.131*</b>	-.031	.085	<b>.125*</b>	.115	-.029	.028	-.037	.074	.113	-.077	<b>-.127*</b>	1.0
15. Bienestar <sup>e</sup>	<b>.170**</b>	<b>.122*</b>	.020	<b>.324**</b>	<b>.130*</b>	<b>.138*</b>	<b>.385**</b>	.100	.029	<b>.135*</b>	<b>-.340**</b>	<b>-.278**</b>	<b>.032</b>	<b>.08</b>

Fuente: Escala de Identidad Social para Personas con Enfermedad Crónica <sup>a</sup>, Escala de Permeabilidad de los límites de Grupo <sup>b</sup>, Escala de evaluación para las percepciones de los pacientes sobre la competencia cultural de los enfermeros en las interacciones de atención de salud <sup>c</sup>, Partners in Health Scale (PHS) <sup>d</sup>, Cédula de datos sociodemográficos y culturales para Personas con Enfermedad Crónica <sup>e</sup>. Donde: HTA= Antiguiedad con hipertensión arterial, DMT2=antiguiedad con DMT2. Nota: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ .  $n=284$ .

Además, se mostró una disminución en la percepción de cambiar la pertenencia al grupo cuando la identidad social aumentaba, así como en situaciones de percepción negativa del estado de salud y cuando las personas con enfermedad crónica experimentaban dolor con mayor frecuencia en los últimos 3 meses.

En cuanto a la autogestión de la enfermedad crónica, se encontraron correlaciones significativas. Hubo una relación positiva con un mayor afecto por el grupo, con una mayor percepción de la posibilidad de cambiar de grupo, así como con una mayor escolaridad, mayor antigüedad de hipertensión arterial y una mejor percepción de bienestar subjetivo. Por otro lado, se hallaron relaciones negativas entre la autogestión de la enfermedad crónica y una peor percepción del estado de salud, así como cuando las PEC percibían dolor con mayor frecuencia en los últimos 3 meses.

Se identificó una relación positiva entre un mayor conocimiento sobre salud y enfermedad y una mejor autogestión de la enfermedad crónica, mayor escolaridad y antigüedad de diabetes mellitus tipo 2.

En relación con la adherencia al tratamiento médico y la comunicación con el profesional de salud, se encontró una relación positiva con una mayor autogestión de la enfermedad crónica y conocimientos sobre salud y enfermedad, así como con una mayor escolaridad, mayor antigüedad con hipertensión arterial. Además, se encontró una relación negativa cuando las personas con enfermedad crónica percibieron dolor con mayor frecuencia en los últimos 3 meses.

Al examinar el manejo del impacto físico, emocional y social derivado de la enfermedad, se encontró una relación significativa y positiva con un mayor afecto hacia el grupo, mayor percepción de la posibilidad de cambiar la pertenencia al grupo, así como con una mayor edad, mayor antigüedad de hipertensión arterial, una menor centralidad de grupo, una peor percepción del estado de salud y cuando las personas con enfermedad crónica percibieron dolor con mayor frecuencia en los últimos 3 meses (tabla 6).

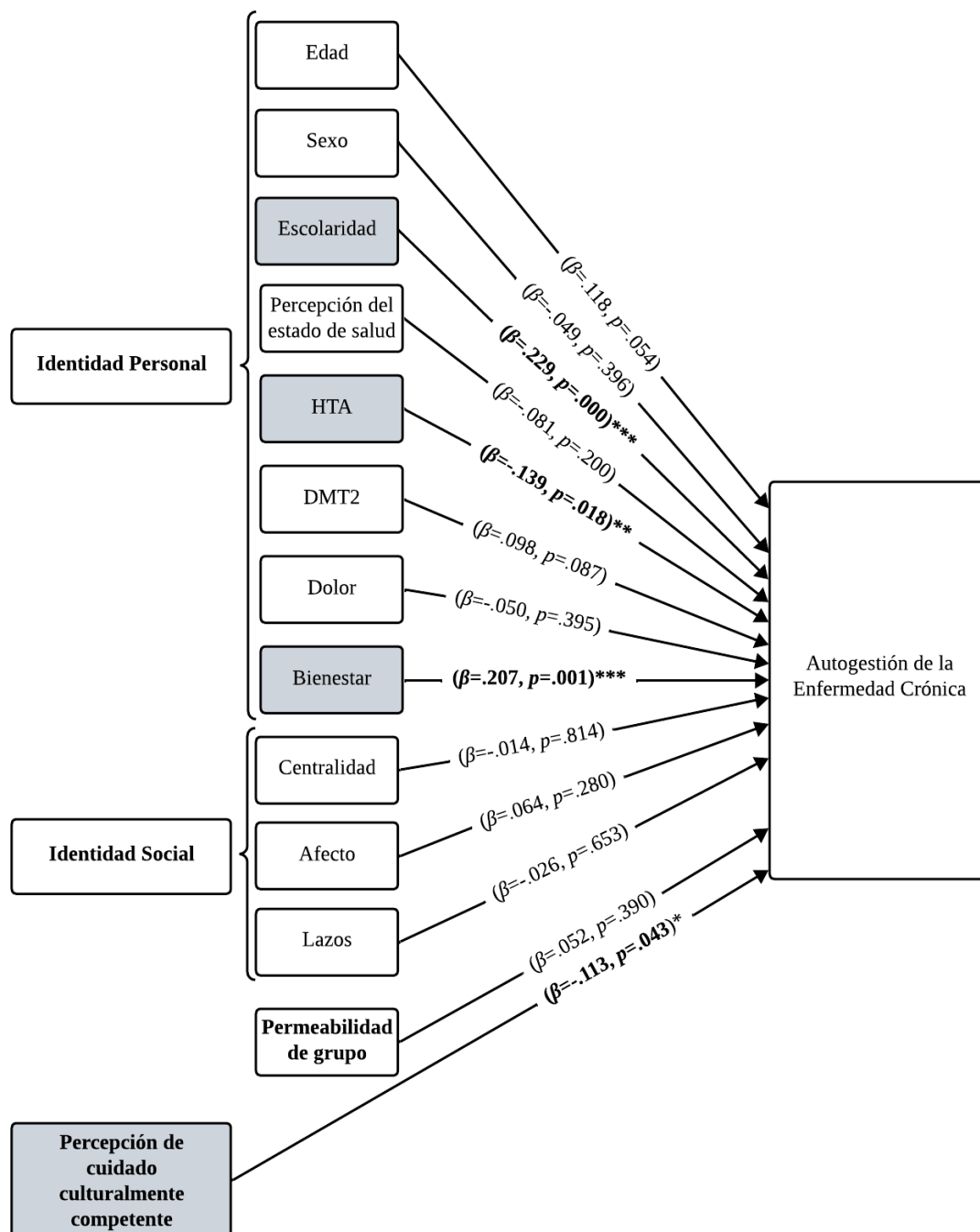


Para dar respuesta al objetivo general que refiere determinar la capacidad explicativa del modelo de percepción de competencia cultural del PE en las personas con enfermedad crónica para la autogestión de la EC, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal. Este modelo se utilizó para predecir el comportamiento de autogestión de la EC, considerando como variables independientes la identidad personal (edad, el sexo, el nivel educativo, la percepción del estado de salud, la percepción del dolor, el bienestar subjetivo y la duración de la enfermedad crónica), así como la identidad social de la PEC, en conjunto de la permeabilidad de grupo y la percepción de cuidado culturalmente competente.

Se encontró que el modelo predijo el 20% de la varianza del comportamiento de autogestión de la EC ( $F [13, 270]=5.19, p < .001$ ). La escolaridad, la antigüedad con hipertensión arterial, la percepción de bienestar subjetivo y la percepción de cuidado culturalmente competente se destacaron como predictores significativos. Es decir, una mejor percepción de cuidado culturalmente competente, así como mayor escolaridad, antigüedad con hipertensión arterial y percepción de bienestar, predijeron un mejor comportamiento de autogestión de la EC (Figura 12).

**Figura 12**

*Modelo explicativo de percepción de competencia cultural del personal de enfermería en las personas con enfermedad crónica para la autogestión de sus enfermedades*



*Nota:* \*Valores significativos. Donde: HTA=antigüedad con hipertensión arterial, DMT2= antigüedad con diabetes mellitus tipo 2, Bienestar=Bienestar subjetivo.  $n=284$ .

Dado que la autogestión de la EC es una variable multidimensional (conocimiento sobre su salud y enfermedad; adherencia al tratamiento médico y comunicación con el profesional de salud; y manejo del impacto físico, emocional y social derivado de su enfermedad), se llevaron a cabo análisis secundarios (modelos de regresión lineal) para cada una de las subdimensiones con fines exploratorios y para profundizar en su comprensión (ver tabla en Apéndice T).

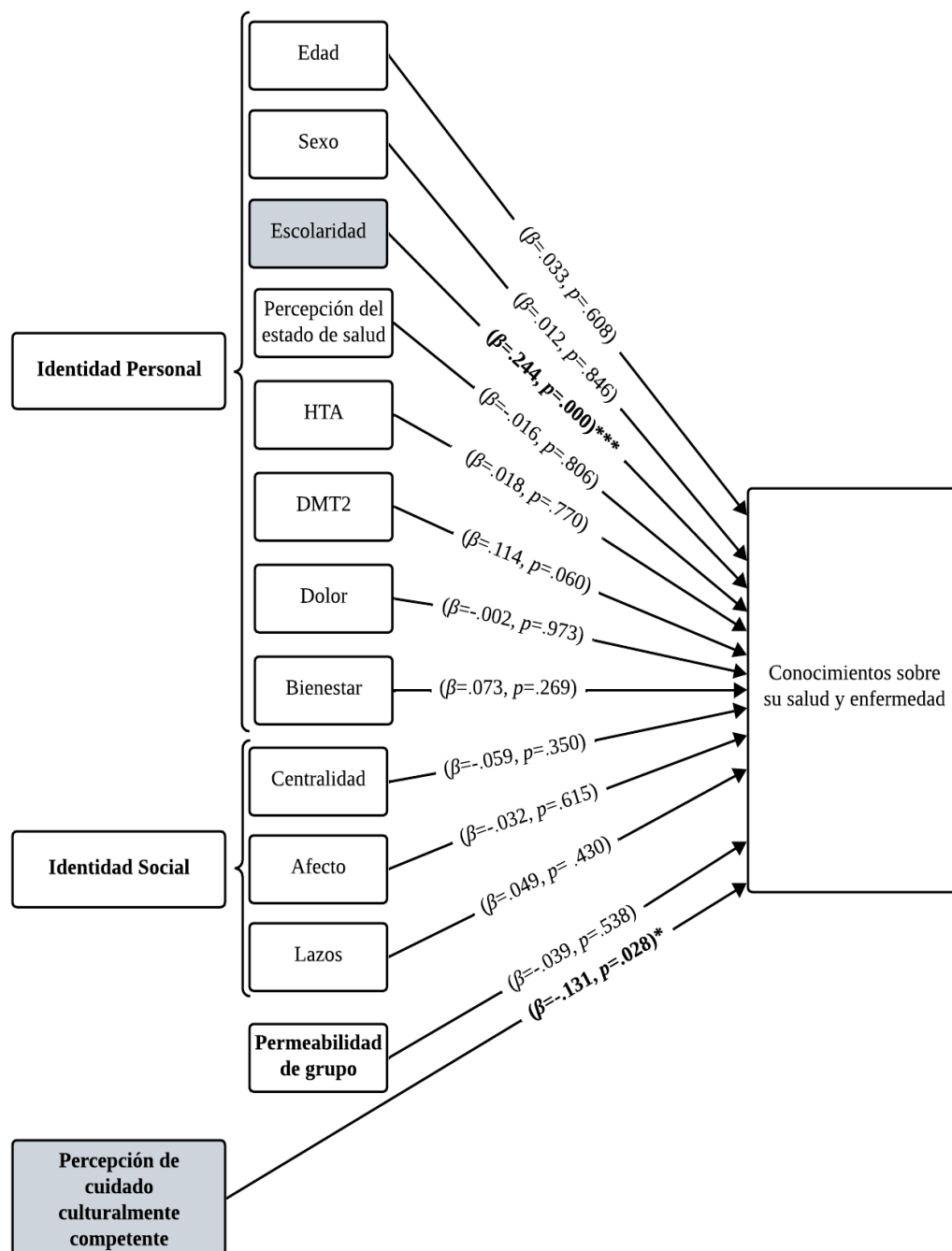
Respecto a los conocimientos sobre la salud y enfermedad, se encontró que el modelo predijo 10.1% de la varianza ( $F [13, 270]=2.33, p < .001$ ). En este caso, una mejor percepción de competencia cultural, mayor escolaridad y antigüedad con diabetes mellitus tipo 2, predijeron un mayor conocimiento sobre la salud y enfermedad (Figura 13).

En cuanto a la adherencia al tratamiento y comunicación con el profesional de salud, el modelo predijo el 11.3% de la varianza ( $F [13, 270]=2.65, p < .001$ ). Los predictores significativos fueron mayor escolaridad, así como mayor antigüedad de hipertensión arterial y mayor antigüedad con diabetes mellitus tipo 2 (Figura 14).

Así mismo, el modelo para el manejo del impacto físico, emocional y social derivado de la enfermedad predijo el 30% de la varianza ( $F [13, 270]=8.90, p = .008$ ). En donde fueron predictores significativos ser mujer, contar con mayor afecto hacia el grupo, así como mayor percepción de permeabilidad de grupo, mayor edad, escolaridad, percepción de bienestar y una peor percepción del estado de salud (Figura 15).

**Figura 13**

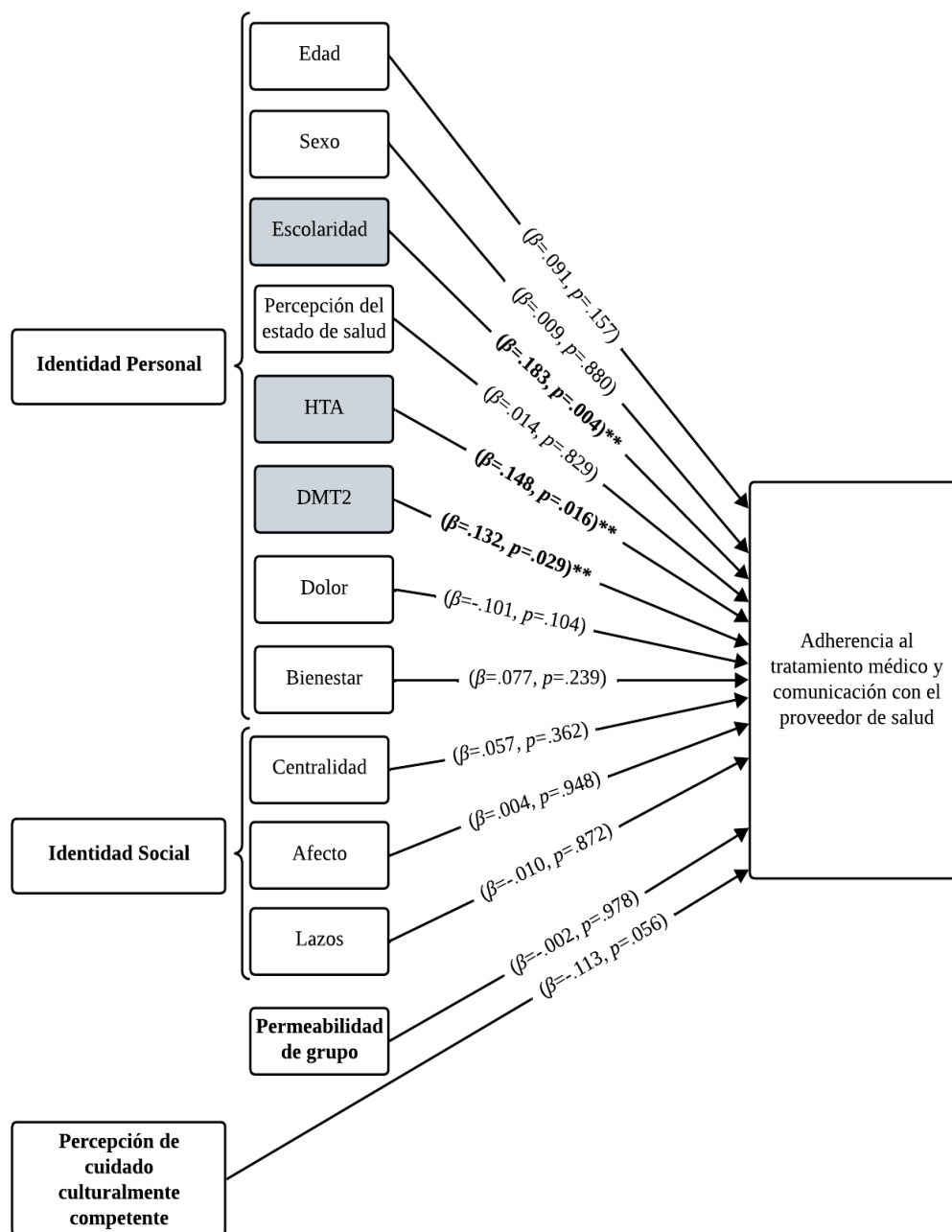
*Modelo de regresión para el efecto de la identidad social, la permeabilidad de grupo y la percepción de cuidado culturalmente competente sobre la subdimensión de conocimientos sobre la salud y enfermedad*



*Nota:* \*Valores significativos. Donde: HTA=antigüedad con hipertensión arterial, DMT2= antigüedad con diabetes mellitus tipo 2, Bienestar=Bienestar subjetivo. n=284.

**Figura 14**

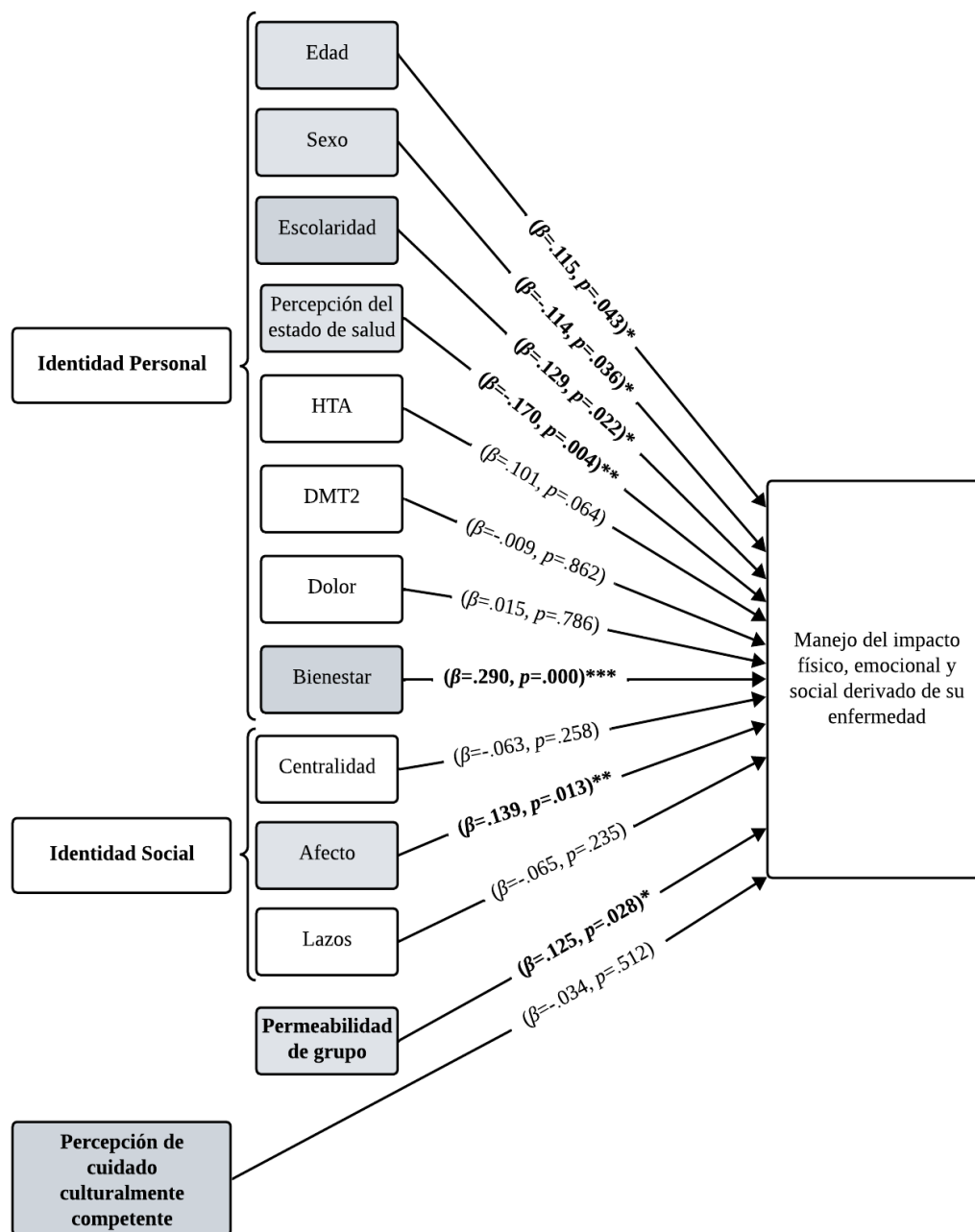
*Modelo de regresión para el efecto de la identidad social, la permeabilidad de grupo y la percepción de cuidado culturalmente competente sobre la subdimensión de adherencia al tratamiento médico y comunicación con el profesional de salud*



*Nota:* \*Valores significativos. Donde: HTA=antigüedad con hipertensión arterial, DMT2= antigüedad con diabetes mellitus tipo 2, Bienestar=Bienestar subjetivo. n=284.

**Figura 15**

*Modelo de regresión para el efecto de la identidad social, la permeabilidad de grupo y la percepción de cuidado culturalmente competente sobre la subdimensión de manejo del impacto físico, emocional y social derivado de su enfermedad*



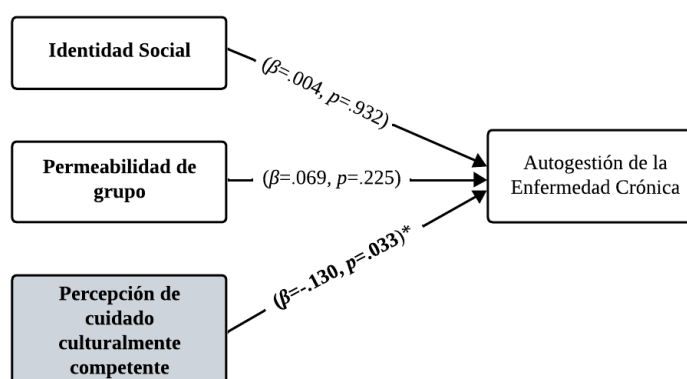
*Nota:* \*Valores significativos. Donde: HTA=antigüedad con hipertensión arterial, DMT2= antigüedad con diabetes mellitus tipo 2, Bienestar=Bienestar subjetivo. n=284.

Por último, para abordar la segunda hipótesis que refiere que en las personas con enfermedad crónica, un mayor nivel de identidad social con su grupo, un bajo nivel de percepción de permeabilidad de grupo y un nivel alto de percepción de cuidado culturalmente competente, predicen una mayor práctica de autogestión de la enfermedad crónica, se realizó un modelo de regresión múltiple. Este modelo se utilizó para predecir el comportamiento de autogestión de la EC, considerando como variables independientes la identidad social de las PEC, la percepción de permeabilidad de grupo y la percepción de competencia cultural. El análisis se controló por la identidad personal de las PEC (edad, el sexo, el nivel educativo, la percepción del estado de salud, la percepción del dolor, el bienestar subjetivo y la duración de la enfermedad crónica).

El modelo predijo el 19.6% de la varianza del comportamiento de autogestión de la EC ( $F [11, 272]=6.03, p<.001$ ). Destacaron como variables predictoras una mayor edad ( $\beta=.175, p=.039$ ), mayor escolaridad ( $\beta=.773, p<.001$ ), así como una mayor antigüedad con hipertensión arterial ( $\beta=.205, p=.018$ ), una mayor percepción de bienestar subjetivo ( $\beta=.138, p=.001$ ) (Figura 16).

### Figura 16

*Prueba de hipótesis para las personas con enfermedad crónica*



*Nota:* \*Valores significativos. *Donde:* HTA=antigüedad con hipertensión arterial, DMT2= antigüedad con diabetes mellitus tipo 2, Bienestar=Bienestar subjetivo.  $n=284$ .

## Capítulo IV

### Discusión

En este capítulo se analizan los resultados según las muestras estudiadas. Primero, se aborda la discusión en relación con el Personal de Enfermería (PE), seguido por el análisis de los hallazgos relacionados con las Personas con Enfermedad Crónica (PEC).

#### Personal de Enfermería

Dado que los objetivos específicos, así como el objetivo general y la hipótesis relacionada con el personal de enfermería, se centran en identificar asociaciones y predicciones para explicar el comportamiento de competencia cultural a través de variables como la identidad personal, social y las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual), a continuación, se presenta la discusión de los hallazgos en relación con cada variable de estudio.

En este estudio, el personal de enfermería exhibió un nivel moderadamente alto de competencia cultural, destacándose principalmente en conocimientos, seguidos de habilidades y, en menor medida, conciencia cultural. Estos hallazgos sugieren que el personal de enfermería prioriza su preparación para la atención de salud mediante la adquisición de conocimientos y habilidades prácticas. Sin embargo, es posible que no perciban la importancia de reflexionar sobre sus propios valores, creencias y sesgos personales, y cómo estas nociones preconcebidas pueden afectar el encuentro clínico directo con las PEC. Estos hallazgos son consistentes con los resultados presentados por Pedrero et al. (2020) y Lin et al. (2021), donde también se observaron una mayor prominencia de conocimientos seguidos de habilidades, y una menor presencia de conciencia cultural.

Por otra parte, la identidad personal fue compuesta por variables como la edad, escolaridad, antigüedad laboral, el sexo y experiencias previas de cuidado a personas



con una nacionalidad o idioma diferente. Estas variables han sido reportadas previamente en la literatura como predictoras del comportamiento de competencia cultural (Berhanu et al., 2021; Herrero-Hahn et al., 2018; Hultsjö et al., 2019; Shepherd, 2019; Tong et al., 2021). Sin embargo, en el contexto de esta investigación, no se encontraron asociaciones significativas para la competencia cultural, a excepción del sexo (mujeres) y las experiencias previas de atención a personas con un idioma diferente. Estas dos variables se asociaron únicamente con la subdimensión de habilidades de la competencia cultural.

En lo que respecta a la identidad social, se identificó un nivel moderadamente alto de identificación con el grupo de enfermería. Pese a que no se mostraron asociaciones con la competencia cultural en general, los diversos análisis de correlación, regresión y modelos de mediación revelaron vínculos con las dimensiones de la CC. Por ejemplo, se encontraron asociaciones entre la identidad social y la conciencia cultural, así como los conocimientos y habilidades culturales del personal de enfermería. Se evidenció que, mientras mayor era la identificación con el grupo, se presentaban mayores conocimientos y habilidades culturales, pero también se asoció negativamente con la conciencia cultural, es decir, a mayor identidad social se presentó menor conciencia cultural.

La literatura teórica y empírica proporciona una base sólida para comprender la relación positiva entre la identidad social del personal de enfermería con su grupo profesional y el desarrollo de conocimientos y habilidades culturales. Por ejemplo, estudios anteriores (Browne et al., 2018; Glerean et al., 2017) han sugerido que cuando las enfermeras se identifican con su grupo profesional, tienden a adoptar características asociadas al grupo, como la empatía y la sensibilidad. Estas características pueden motivar al PE a interesarse más por comprender las diferencias culturales de sus pacientes y desarrollar habilidades culturales.

Asimismo, la relación entre la identificación con el grupo y la percepción de autoeficacia también puede arrojar luz sobre este tema. Investigaciones previas (DeMarco & Newheiser, 2019; Greenaway et al., 2015; Mei et al., 2022) han demostrado que la identificación con un grupo puede aumentar la percepción de autoeficacia de los individuos, lo que podría explicar la relación positiva entre la identificación con el grupo y el desarrollo de conocimientos y habilidades culturales.

Sin embargo, los hallazgos también revelaron una relación negativa entre la identificación con el grupo y la conciencia cultural. Es decir, cuanto más fuerte era la identificación del PE con su profesión, menor era su capacidad de reconocer posibles sesgos personales. Este hallazgo coincide con investigaciones anteriores (Arias-Schreiber et al., 2023), que evidenciaron mejores puntuaciones en conocimientos culturales que en conciencia cultural en equipos de atención primaria en salud.

Esta discrepancia puede explicarse mediante la Perspectiva de la Identidad Social (PIS), que sugiere que cuando las personas perciben una amenaza hacia una identidad que consideran positiva, tienden a reaccionar defensivamente (Klik et al., 2019; Tajfel, 1984; Tajfel & Turner, 2001; Turner & Reynolds, 2012). En este contexto, es posible que el personal de enfermería percibiera la medición de la competencia cultural como una amenaza a su identidad de grupo, lo que provocaría una respuesta defensiva al negar la existencia de sesgos o prejuicios hacia los pacientes y centrarse en las características positivas de la identidad social del grupo profesional. Esta dinámica ha sido observada en estudios previos (Sukhera et al., 2018), en los cuales el personal de enfermería, al reconocer sus propios prejuicios, manifestó actitudes de tensión y justificación relacionadas con una idealización positiva de su identidad de grupo.

En cuanto a la resistencia cognitiva, se encontró que el personal de enfermería presentaba un nivel medio de resistencia cognitiva, lo que indica actitudes negativas hacia la atención de personas con enfermedades crónicas. Además, se identificaron asociaciones significativas con la competencia cultural del personal de enfermería,

donde una menor resistencia cognitiva (menores actitudes negativas hacia las PEC) se relacionó con una mayor competencia cultural en general, así como mayores conocimientos culturales, aunque se observó una menor conciencia cultural. Esto guarda relación con lo expuesto anteriormente, ya que coincide con la literatura sobre sesgos en el personal de enfermería (Thirsk et al., 2022) y la percepción de amenaza según la PIS (Sukhera et al., 2018). Por lo tanto, se considera que la resistencia cognitiva y la conciencia cultural podrían activar mecanismos similares que impidan un comportamiento culturalmente competente.

En esta investigación, se observó que el personal de enfermería exhibió un nivel bajo de resistencia emocional en términos de ansiedad intergrupala. Además, se encontró una relación negativa entre la resistencia emocional, las habilidades culturales, la resistencia conductual y la escolaridad. Es decir, a mayor resistencia emocional, el personal de enfermería mostró menor escolaridad, así como menores habilidades culturales y una mayor resistencia conductual. Este hallazgo podría explicarse por una menor experiencia del personal de enfermería a pacientes culturalmente diversos, lo que genera un mayor nivel de ansiedad intergrupala durante el encuentro clínico directo, incrementando la resistencia emocional. Estos resultados coinciden con la investigación de Ham y Tak (2022), quienes identificaron que el nivel educativo y la ansiedad intergrupala predicen la autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente en el personal de enfermería.

Asi mismo, la resistencia emocional se reveló como un mediador significativo en la relación entre la identidad social y la conciencia cultural. Es decir, que cuando el personal de enfermería presentaba un mayor nivel de identificación con su grupo, experimentaba un menor nivel de ansiedad intergrupala, lo cual se asociaba con un mayor nivel de conciencia cultural. Estos resultados contrastan con los hallazgos de Marletta et al. (2017), quienes mostraron que la disminución de la ansiedad conduce a un aumento en las actitudes negativas hacia los pacientes, es decir, una mayor resistencia cognitiva.

Sin embargo, en esta muestra de PE, se encontró que un mayor nivel de conciencia cultural se asociaba con un menor nivel de resistencia cognitiva.

Estos hallazgos pueden ser comprendidos a través de la literatura sobre las emociones (Fiske & Taylor, 2017; Hagger, 2020; William, 2019), que aborda la capacidad de las personas para regular sus comportamientos mediante las emociones (Fiske & Taylor, 2017). El modelo de proceso de emociones basadas en grupo (Goldenberg et al., 2015) propone que los individuos pueden regular sus emociones como consecuencia de su pertenencia a un grupo, lo que genera una respuesta emocional frente a situaciones relevantes para el grupo, incluso si estas situaciones no afectan directamente los objetivos individuales. Esta capacidad mediadora de la resistencia emocional en la relación entre identidad social y conciencia cultural podría explicarse a partir de estas teorías, dado que la ansiedad intergrupala puede actuar como un obstáculo para el desarrollo de la conciencia cultural, mientras que la identidad social puede influir en cómo se experimentan y manejan estas emociones en el contexto de la atención en salud.

En cuanto a la resistencia conductual, se identificaron asociaciones con la competencia cultural general, así como con los conocimientos y habilidades culturales. Es decir, a medida que disminuyó la resistencia conductual, también se evidenciaba un incremento en los niveles de conocimiento, habilidad y competencia cultural general. Este hallazgo coincide con investigaciones previas (Berhanu et al., 2021; Ham & Tak, 2022; Herrero-Hahn et al., 2018; Tong et al., 2021), respaldando la literatura existente que sugiere que cuanto más confían el PE en su capacidad para proporcionar cuidados culturalmente competentes, mayor es su nivel de competencia cultural.

De manera particular, en esta investigación se mostró una asociación significativa y positiva entre la identidad social y los conocimientos y habilidades culturales del personal de enfermería. Esto indica que aquellos que se identificaron de manera positiva con su grupo reportaron un mayor nivel de competencia cultural,

específicamente en términos de conocimientos y habilidades culturales. Este hallazgo está respaldado por diversas investigaciones que han examinado la asociación entre la identidad profesional de estudiantes de enfermería y su autoeficacia (DeMarco & Newheiser, 2019; Greenaway et al., 2015; Mei et al., 2022). Es importante destacar este hallazgo, ya que la relación entre la identidad social y la competencia cultural no había sido previamente documentada en la literatura.

Respecto al primer objetivo general que consiste en evaluar la capacidad explicativa del modelo de competencia cultural para la atención de enfermedades crónicas por parte del personal de enfermería, el modelo aborda la predicción del comportamiento de competencia cultural basándose en la identidad personal y social, así como las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual). Los resultados mostraron que este modelo fue capaz de explicar el 9.8% de la varianza del comportamiento, mostrando como predictores a la resistencia cognitiva y conductual.

En relación con la hipótesis planteada, que sugiere que un mayor nivel de identificación social con el grupo y menores resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual) predicen una mayor práctica de competencia cultural, se acepta parcialmente. Esto se debe a que se encontró que una mayor identidad social predice directamente la competencia cultural cuando la resistencia cognitiva actúa como mediadora en la relación. Además, se observó que una mayor identidad social se relaciona con un menor nivel de resistencia emocional, y que una menor resistencia conductual predice un mejor desempeño en la competencia cultural. Por lo tanto, la hipótesis se acepta parcialmente, ya que el incremento de la identidad social mejora la competencia cultural cuando su efecto es mediado por la resistencia cognitiva, y la disminución de las resistencias emocional y conductual también contribuyen al aumento de la competencia cultural.

No obstante, es esencial reconocer la complejidad de las relaciones entre estas variables. La influencia de la identidad social y las resistencias a la diversidad cultural

puede manifestarse de manera distinta en el comportamiento de competencia cultural y en cada una de sus subdimensiones, lo que sugiere la necesidad de un análisis más detallado y contextualizado. Estas relaciones subrayan la importancia de abordar la competencia cultural en el personal de enfermería de manera integral, considerando múltiples facetas que interactúan entre sí.

### **Personas con Enfermedad Crónica**

Dado que los objetivos específicos, así como el objetivo general y la hipótesis relacionada con las personas con enfermedad crónica, se centran en identificar relaciones y predicciones para explicar el comportamiento de autogestión de la enfermedad crónica a través de variables como la identidad personal, social, la permeabilidad de grupo y la percepción de cuidado culturalmente competente, a continuación se presentan la discusión de los hallazgos en relación con cada variable de estudio.

En primer lugar, los hallazgos de este estudio sugieren que las personas con enfermedad crónica mostraron puntajes moderadamente altos de autogestión de la enfermedad crónica. Se observaron puntuaciones más elevadas en áreas como la adherencia al tratamiento y la comunicación con los profesional de salud, seguidas por la capacidad para manejar el impacto físico, emocional y social de la enfermedad, y, por último, el conocimiento sobre la propia salud y enfermedad.

Estos resultados reflejan la importancia de una interacción efectiva entre las personas con enfermedad crónica y los profesionales de salud, así como el impacto que esta interacción puede tener en la autogestión. En este estudio, la percepción de un cuidado culturalmente competente por parte del personal de salud se asoció con un mayor puntaje de adherencia al tratamiento y una mejor capacidad para manejar los aspectos emocionales y sociales de la enfermedad. Esto sugiere que, cuando los pacientes perciben que los profesionales de salud son culturalmente sensibles y comprensivos, se fortalece su autogestión de la enfermedad crónica.

A diferencia de estudios como el de Dale et al. (2016), que examinan factores externos como la desconfianza hacia el personal médico, este estudio no abordó directamente estos factores. Sin embargo, los resultados obtenidos subrayan la relevancia de la percepción de competencia cultural en el personal de salud, lo cual influye positivamente en la capacidad de autogestión del paciente, particularmente en áreas clave como la adherencia al tratamiento y la comunicación con los profesionales.

Además, aunque el estudio de Smith et al. (2017) señala factores que pueden dificultar la autogestión en algunas poblaciones, como la claridad en las instrucciones médicas y la percepción de que los médicos comprenden las necesidades individuales de los pacientes, los hallazgos de este estudio reflejan una tendencia hacia una autogestión moderadamente alta. En este sentido, los participantes del presente estudio, en su mayoría, demostraron una adherencia significativa al tratamiento y una comunicación efectiva con el personal de salud. Esto sugiere que, a pesar de los desafíos mencionados en la literatura, la población estudiada ha logrado implementar estrategias efectivas para la autogestión de su enfermedad crónica, apoyados por una percepción positiva del cuidado culturalmente competente. Esto subraya la importancia de mejorar continuamente la comunicación y la confianza en la relación enfermería-paciente, ya que ambos aspectos juegan un papel crucial en mantener y fortalecer las conductas de autogestión en las personas con enfermedades crónicas.

En relación con la identidad personal de las PEC, se exploraron diversas variables predictoras del comportamiento de autogestión de la enfermedad crónica (EC) según lo reportado en la literatura. Estas variables incluyeron la edad, escolaridad, sexo, percepción del estado de salud, percepción del dolor (agudo y crónico), bienestar subjetivo (que engloba un ánimo positivo, vitalidad e interés general) y el tiempo de antigüedad de la enfermedad crónica, específicamente diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.

En el marco de este estudio, se identificaron asociaciones y predicciones significativas tanto para la autogestión de la EC en su conjunto como para sus subdimensiones. Se observó que a mayor nivel de autogestión de la EC, se correlacionaba con un mayor grado de escolaridad, una mayor antigüedad en el diagnóstico de hipertensión arterial y una percepción más positiva del bienestar. Del mismo modo, se evidenció que los individuos mostraban un mayor conocimiento sobre la salud y la enfermedad cuando contaban con un mayor nivel educativo y habían convivido con la diabetes tipo 2 durante un periodo más prolongado. Asimismo, factores como la edad y la duración de la enfermedad (tanto para la hipertensión arterial como para la diabetes tipo 2) ejercieron influencia sobre la adherencia al tratamiento y la comunicación con el personal de enfermería. Por último, se constató que características como el sexo femenino, una edad más avanzada, un mayor nivel educativo, una percepción más favorable del estado de salud y un mayor bienestar subjetivo impactaban positivamente en la capacidad de manejar los aspectos físicos, emocionales y sociales asociados a la enfermedad.

En cuanto a los hallazgos en relación con investigaciones previas, se confirma la importancia de los factores individuales, como el estado de salud en la autogestión de las enfermedades crónicas, lo cual coincide con estudios anteriores (Handley et al., 2010; Schulman-Green et al., 2016). Esto sugiere que la presencia de múltiples condiciones de salud, como la percepción dolor pueden representar barreras significativas para la autogestión, en línea con la literatura existente. Además, los resultados resaltan el papel crucial de los factores culturales en la autogestión de las enfermedades crónicas, reflejando la importancia de considerar las creencias, valores y significados culturales en la atención de la salud (Handley et al., 2010; Schulman-Green et al., 2016). Esto enfatiza la necesidad de una mayor atención a la diversidad cultural en la atención de la salud y la importancia de mejorar la sensibilidad cultural de los profesionales de la salud para fomentar una autogestión efectiva de las enfermedades crónicas.



En cuanto a la identidad social de las PEC, se evidenció que el afecto hacia el grupo tuvo un papel significativo en el manejo de los diversos aspectos físicos, emocionales y sociales asociados a la enfermedad crónica. Además, se encontraron asociaciones importantes entre la percepción de permeabilidad del grupo y la autogestión de la enfermedad crónica. Específicamente, cuando las PEC percibían la posibilidad de no ser consideradas parte del grupo de enfermos crónicos, mostraban un mayor nivel de autogestión en general, así como en el manejo de los diferentes impactos que la enfermedad tenía en su vida cotidiana. Este fenómeno también se asoció con un menor tiempo de diagnóstico de diabetes tipo 2, una percepción de mejor estado de salud y un menor reporte de dolor durante los últimos 3 meses.

Estos hallazgos se pueden entender a través de la Perspectiva de Identidad Social (PIS) y la literatura sobre permeabilidad de grupo (Klik et al., 2019; Tajfel, 1984; Tajfel & Turner, 2001; Turner & Reynolds, 2012). Según la PIS, cuando las personas sienten que su identidad está amenazada, como en el caso de pertenecer al grupo de personas con enfermedades crónicas, tienden a buscar la salida de ese grupo y unirse a otro con un estatus social más favorable, como ser consideradas personas sin enfermedades crónicas. Este proceso, conocido como movilidad individual, se manifiesta a través de acciones individuales para mejorar la situación personal (Klik et al., 2019; Tajfel, 1984; Tajfel & Turner, 2001; Turner & Reynolds, 2012). En este estudio, se encontró que cuando las personas percibían la posibilidad de dejar de pertenecer al grupo de personas con enfermedades crónicas, mostraban una mejor autogestión en general y un manejo más efectivo de los efectos de la enfermedad.

Sin embargo, la PIS también señala que cuando la percepción de cambiar de grupo es baja, es menos probable que las personas opten por la movilidad individual. En su lugar, pueden recurrir a otros mecanismos de protección, como compararse con otros miembros del grupo que están en situaciones menos favorables (Bourguignon et al., 2015; Tajfel, 1984; Tajfel & Turner, 2001; van Veelen et al., 2020). Esto puede ayudar a

moderar la percepción de discriminación o desagrado por pertenecer al grupo, lo que contribuye a una mejor autoestima y, en última instancia, favorece el manejo de la enfermedad (Bourguignon et al., 2015; van Veelen et al., 2020). En este estudio, estas asociaciones podrían explicarse en parte por el menor tiempo de diagnóstico de diabetes, la percepción de una mejor salud y el menor reporte de dolor en los últimos 3 meses.

Estos hallazgos son importantes porque hasta ahora no se había explorado si las personas con enfermedades crónicas se consideraban realmente parte del grupo de quienes comparten esa condición y si podrían sentir que pueden dejar de ser parte de él. Así mismo, esta idea solo se había explorado por Skinner et al. (2011), quienes encontraron que la identidad percibida de los pacientes con diabetes tipo 2 influía en su respuesta al diagnóstico y en su comportamiento de autogestión.

Por otro lado, en relación con la percepción del cuidado culturalmente competente proporcionado por el personal de enfermería, este estudio reveló que fue un factor predictor significativo tanto para la autogestión de la enfermedad crónica en general como para los conocimientos sobre salud y enfermedad en las personas con enfermedades crónicas. Estos hallazgos son especialmente relevantes porque, aunque investigaciones previas como la de Ohana y Mash (2015) y Tang et al. (2019), lograron identificar asociaciones positivas entre el nivel de competencia cultural en los profesionales de salud y la satisfacción del paciente, no se había evidenciado con anterioridad la percepción de los pacientes sobre esta competencia del personal de enfermería, particularmente en el contexto de las enfermedades crónicas y su influencia en la conducta de autogestión de la enfermedad crónica.

En relación con el segundo objetivo general, que consiste en determinar la capacidad explicativa del modelo de percepción de competencia cultural del personal de enfermería en las personas con enfermedad crónica para la autogestión de sus enfermedades, se encontró que el modelo aborda adecuadamente la predicción del comportamiento de autogestión. Este modelo se basa en la identidad personal y social,

así como en la percepción de permeabilidad de grupo y la percepción de cuidado culturalmente competente. Los resultados indicaron que el modelo fue capaz de explicar el 20% de la varianza en el comportamiento de autogestión de la enfermedad crónica, mostrando como variables predictoras la una mejor percepción del cuidado culturalmente competente, mayor escolaridad, mayor antigüedad con hipertensión arterial y una mejor percepción de bienestar subjetivo.

Respecto a la hipótesis planteada para las personas con enfermedad crónica, que postula que un mayor nivel de identificación con su grupo, un bajo nivel de percepción de permeabilidad de grupo y un nivel alto de percepción de cuidado culturalmente competente, predicen una mayor práctica de autogestión de la enfermedad crónica, se acepta parcialmente. Aunque algunos aspectos de la identidad personal, como la escolaridad, la percepción de bienestar y la antigüedad con la enfermedad crónica, así como la percepción de cuidado culturalmente competente, fueron predictores del comportamiento de autogestión. No obstante, la percepción de permeabilidad de grupo y la identidad social, no mostraron ser predictores significativos para el comportamiento de autogestión. Sin embargo, se encontraron variaciones en las subdimensiones del comportamiento de autogestión de la enfermedad crónica para estas variables.

Es esencial reconocer la complejidad de las relaciones entre estas variables. La influencia de la identidad social, la percepción de permeabilidad de grupo y la percepción de cuidado culturalmente competente parecen activar diferentes dimensiones del comportamiento de autogestión de la enfermedad crónica. En esta investigación se mostró que mientras una mayor identidad social y la baja percepción de permeabilidad de grupo eran predictores significativos del manejo físico, emocional y social de la enfermedad. Por otro lado, la percepción del cuidado culturalmente competente predijo eficazmente el comportamiento de autogestión de la EC y los conocimientos sobre la salud y enfermedad. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un análisis más detallado

y contextualizado, debido a los beneficios potenciales que podrían brindar en el cuidado de personas con enfermedades crónicas.

En resumen, para el personal de enfermería, se encontró puntaje moderadamente alto de competencia cultural, presentando un mayor puntaje de conocimientos seguido de habilidades, aunque con menor presencia de conciencia cultural. Se observó que la identificación con el grupo de enfermería se asociaba positivamente con conocimientos y habilidades culturales, pero negativamente con la conciencia cultural. Las resistencias cognitiva y emocional mostraron relaciones complejas con la competencia cultural, mientras que la resistencia conductual se asoció positivamente con la misma.

En cuanto a las personas con enfermedad crónica, se identificó un puntaje moderadamente alto de autogestión de la enfermedad crónica. La identificación con el grupo de personas con enfermedades crónicas y la percepción de baja permeabilidad de grupo se relacionaron con una mejor autogestión de la enfermedad. Además, la percepción de cuidado culturalmente competente proporcionado por el personal de enfermería se asoció significativamente con una mayor autogestión de la enfermedad crónica y conocimientos sobre salud y enfermedad.

Concisamente, se aceptan parcialmente las hipótesis propuestas para las dos muestras de estudio. No obstante, se destaca la complejidad de las relaciones entre las variables estudiadas, subrayando la importancia de un análisis más exhaustivo y contextualizado. Esto permitiría comprender mejor tanto el comportamiento de competencia cultural en el personal de enfermería como la conducta de autogestión en las personas con enfermedad crónica, con el objetivo último de mejorar el cuidado de aquellos que padecen enfermedades crónicas.

### **Limitaciones**

Se deben tener en cuenta algunas limitaciones importantes en este estudio. En primer lugar, su diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables medidas. Además, la mayoría de los instrumentos fueron traducidos al español

específicamente para este estudio, lo que podría haber afectado la precisión de las mediciones. Es importante destacar que las mediciones de las variables resultado, como la competencia cultural para el personal de enfermería y la conducta de autogestión para las personas con enfermedad crónica, se centraron específicamente en la atención de personas con enfermedades específicas como diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. Además, el estudio se realizó en un contexto particular, lo que podría restringir la aplicabilidad de los resultados a otros entornos culturales o sistemas de atención médica. Estos aspectos deben ser considerados en futuras investigaciones para obtener una comprensión más completa de los determinantes de la competencia cultural en la práctica de enfermería y la conducta de autogestión en las personas con enfermedad crónica, así como para validar y generalizar los resultados a contextos más amplios.

### **Recomendaciones**

Para futuras investigaciones, se recomienda llevar a cabo estudios de validación de los instrumentos utilizados para medir la competencia cultural en el personal de enfermería y la autogestión de la enfermedad en personas con enfermedades crónicas. Esto contribuiría a asegurar la precisión y confiabilidad de las mediciones en futuras investigaciones.

Asimismo, se aconseja ampliar la muestra para incluir una variedad más amplia de enfermedades crónicas y contextos culturales, así como replicar el estudio en diferentes entornos con un muestreo aleatorio. Esta estrategia permitiría generalizar los hallazgos a una población más diversa y mejorar la comprensión de cómo diversos factores influyen en la competencia cultural y la autogestión de la enfermedad. Además, se sugiere investigar el papel de variables adicionales que podrían influir en la competencia cultural en el personal de enfermería y la autogestión de la enfermedad en personas con enfermedades crónicas.

Por último, se recomienda considerar la utilización de las variables estudiadas para el diseño de intervenciones y programas de capacitación destinados a mejorar la

competencia cultural en el personal de enfermería y la autogestión de la enfermedad en personas con enfermedades crónicas. Esto podría contribuir significativamente a mejorar la calidad de la atención médica y el bienestar de los pacientes en entornos diversos y culturalmente sensibles.

### **Conclusiones**

El análisis de los resultados reveló hallazgos significativos tanto para el Personal de Enfermería (PE) como para las Personas con Enfermedad Crónica (PEC).

En el PE, se observó un puntaje alto de competencia cultural, con los puntajes más elevados en conocimientos y habilidades, mientras que la conciencia cultural presentó un puntaje más bajo. La identidad social se relacionó positivamente con las habilidades culturales, mientras que las resistencias cognitiva y emocional mostraron relaciones complejas con la competencia cultural. El modelo propuesto para el PE fue adecuado, con las resistencias cognitivas y conductuales como predictores clave.

En las PEC, se identificó un puntaje alto de autogestión, especialmente en la adherencia al tratamiento y la comunicación con los profesionales de salud. La identificación con el grupo y una mayor percepción de permeabilidad de grupo se relacionaron con una mejor autogestión. Además, la percepción de cuidado culturalmente competente por parte del PE se asoció positivamente con un mayor puntaje de autogestión y conocimientos sobre salud. El modelo propuesto para las PEC también fue adecuado, destacando la edad, escolaridad, antigüedad con hipertensión arterial y percepción de bienestar subjetivo como predictores de la autogestión.

En resumen, se aceptaron parcialmente las hipótesis propuesta para ambas muestras, aunque se destacó la complejidad de las relaciones entre las variables estudiadas. Se sugirió la necesidad de un análisis más exhaustivo y contextualizado para comprender mejor tanto el comportamiento de competencia cultural en el personal de enfermería como la conducta de autogestión en las personas con enfermedad crónica.

## Referencias

- Ahmed, R., & Bates, B. R. (2012). Development of scales to assess patients' perception of physicians' cultural competence in health care interactions. *Journal of Transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 23(3), 287–296. <https://doi.org/10.1177/1043659612441025>
- Alizadeh, S. & paternottevan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health & Social Care in the Community*, 24 (6). <https://doi.org/10.1111/hsc.12293>
- Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. *Annual Review of Public Health*, 40, 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411–423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>
- Arias Schreiber, A., Egaña Rojas, D., Carstens Riveros, C., Correa-Betancour, M., & Riquelme, V. (2023). Cultural competence in a primary healthcare center in Santiago de Chile a mixed methods design. *Revista Médica de Chile*, 151, 478–488.
- Armenta, B. M., Stroebe, K., Scheibe, S., Van Yperen, N. W., Stegeman, A., & Postmes, T. (2017). Permeability of Group Boundaries: Development of the Concept and a Scale. *Personality & social psychology bulletin*, 43(3), 418–433. <https://doi.org/10.1177/0146167216688202>
- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI). (2022). *Nivel socioeconómico AMAI 2022*.

- Assemi, M., Cullander, C., & Hudmon, K. S. (2006). Psychometric analysis of a scale assessing self-efficacy for cultural competence in patient counseling. *The Annals of pharmacotherapy*, 40(12), 2130–2135.  
<https://doi.org/10.1345/aph.1H248>
- Bandura A. (1999). *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*. 48 (2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00032-0)
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social
- Bauer, A. M., Parker, M. M., Schillinger, D., Katon, W., Adler, N., Adams, A. S., Moffet, H. H., & Karter, A. J. (2014). Associations between antidepressant adherence and shared decision-making, patient-provider trust, and communication among adults with diabetes: diabetes study of Northern California (DISTANCE). *Journal of general internal medicine*, 29(8), 1139–1147. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2845-6>
- Be'eri, E., Beerli, M., y Cohen, T. (2019). Cultural competence in a context of ethnic tension. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8(1), 51.  
<https://doi.org/10.1186/s13584-019-0317-5>
- Berhanu, R. D., Tesema, A. A., Deme, M. B., & Kanfe, S. G. (2021). Perceived transcultural self-efficacy and its associated factors among nurses in Ethiopia: A cross-sectional study. *PloS one*, 16(7), e0254643.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254643>
- Bourguignon, D., Yzerbyt, V. Y., Teixeira, C. P., & Herman, G. (2015). When does it hurt? Intergroup permeability moderates the link between discrimination and



- self-esteem. *European Journal of Social Psychology*, 45(1), 3–9.  
<https://doi.org/10.1002/ejsp.2083>
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216.
- Brown, M.T., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S. & Mathew, S. (2016). Medication Adherence: Truth and Consequences. *The American Journal of the Medical Sciences*, 351(4):387-99. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2016.01.010>
- Browne, C., Wall, P., Batt, S., & Bennett, R. (2018). Understanding perceptions of nursing professional identity in students entering an Australian undergraduate nursing degree. *Nurse Education in Practice*, 32, 90–96.  
<https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2018.07.006>
- Cai, D.Y. (2016). A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*. 3 (3), 268-273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.002>
- Cameron, J. E. (2004). A Three-Factor Model of Social Identity. *Self and Identity*, 3(3), 239–262. <https://doi.org/10.1080/13576500444000047>
- Cameron, J.E., Voth, J., Jaglal, S.B., Guilcher, S.J.T., Hawker, G. & Salbach, N.M. (2018). “In this together”: Social identification predicts health outcomes (via self-efficacy) in a chronic disease self-management program. *Social Science & Medicine* <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.007>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of health services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 181-184.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz, Á. (2011). How to validate an instrument for measuring health? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Cultural Competence in Health and Human Services*. <https://npin.cdc.gov/pages/cultural-competence>

- Cheen, M.H.H., Tan, y.z., Fen Oh, L., Wee, H.L. & Thumboo, J. (2019). Prevalence of and factors associates with primary medication nonadherence in chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 73. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13350>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum
- Crocker, J., Massie, F. S., Jr, & Estrada, C. A. (2018). Engagement in an Online Cultural Competency Training. *Southern medical journal*, 111(4), 199–202. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000790>
- Dale, S.K., Bogart, L.M., Wagner, G.J., Galvan, F.H. & Klein, D.J. (2016). Medical mistrust is related to lower longitudinal medication adherence among African American males with HIV. *Journal Health Psychology*. 21(7):1311-21. <https://doi.org/10.1177/1359105314551950>
- Daniel, W. W. (2002). *Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud*. México: Limusa.
- DeMarco, T. C., & Newheiser, A. K. (2019). When groups do not cure: Group esteem moderates the social cure effect. *European Journal of Social Psychology*, 49(7), 1421–1438. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2594>
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014). *Reglamento de la de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2016). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. Diario Oficial de la Federación.
- Dulock, HL., y Holzemer, WL. (1991). Substruction: improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2):83-7. <https://doi.org/10.1177/089431849100400209>

- Ellemers, N. & Haslam, A. (2012). Social Identity Theory. In P.A.M. Van Lange, A. W. Kruglanski & E. T. Higgins, *Theories of Social Psychology* (pp. 379-394). SAGE.
- Fingerhut, A. W., Martos, A. J., Choi, S. K., & Abdou, C. M. (2022). Healthcare Stereotype Threat and Health Outcomes Among LGB Individuals. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 56(6), 562–572. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab060>
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing Behavior: The reasoned action approach*. New York, N. Y: Psychology Press.
- Fiske, S.T & Taylor, S.E. (2017). *Social Cognition: from brains to culture*. (3<sup>rd</sup> Edition). SAGE.
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Gerchow, L., Burka, L.R., Miner, S. & Squires, A. (2020). Language Barriers Between Nurses and Patients: A Scoping Review, *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.017>
- Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., & Haavisto, E. (2017). Young peoples' perceptions of the nursing profession: An integrative review. *Nurse Education Today*, 57, 95–102. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2017.07.008>
- Goldenberg, A., Halperin, E., van Zomeren, M., & Gross, J. J. (2016). The Process Model of Group-Based Emotion: Integrating Intergroup Emotion and Emotion Regulation Perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 20(2), 118–141. <https://doi.org/10.1177/1088868315581263>
- Gómez, A. & Vázquez, A. (2015) Personal identity and social identity: two different processes or a single one? / Identidad personal e identidad social. ¿Dos procesos

diferentes o uno solo? *Revista de Psicología Social*, 30:3, 468-480.

<http://dx.doi.org/10.1080/02134748.2015.1065091>

Govere, L. & Govere, E.M. (2016). How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6):402-410. <https://doi.org/10.1111/wvn.12176>

Greenaway, K. H., Cruwys, T., Haslam, S. A., & Jetten, J. (2016). Social identities promote well-being because they satisfy global psychological needs. *European Journal of Social Psychology*, 46(3), 294–307.  
<https://doi.org/10.1002/ejsp.2169>

Grove, S. & Gray, J, R. (2019). Clarifying Quantitative Research Designs. In *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice* (7th ed., p. 264). Elsevier.

Gudykunst, W. D. (1995). Anxiety/uncertainty management (AUM) theory: Current status. In R. L. Wiseman (Ed.), *Intercultural communication theory* (pp. 8–58). Sage Publications, Inc.

Hagger, M., Cameron, L., Hamilton, K., Hankonen, N., & Lintunen, T. (Eds.). (2020). *The Handbook of Behavior Change* (Cambridge Handbooks in Psychology). Cambridge: Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/9781108677318>

Ham, H. & Tak, S.H. (2021). Factors Influencing Transcultural Self-Efficacy Among Nurses with Foreign Patient Care Experience. *Journal of Transcultural Nursing*. <https://doi.org/10.1177/10436596211016514>

Handley, J., Pullon, S. & Gifford, H. (2010). Living with type 2 diabetes: ‘Putting the person in the pilots’ seat’, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3):12–19

- Hart, A., Toma, M., Issa, F., Ciottone, G.R. (2019). Absence of Cultural Awareness Training in International Non-Governmental Organizations. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(5):486-488.  
<https://doi.org/10.1017/S1049023X19004837>
- Hartigan, J., (2010). *Race in the 21st Century: Ethnographic Approaches*. University Press, Oxford.
- Haslam, S. A. (2004). *Psychology in organizations*. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process*
- Herrero-Hahn, R., Rojas, J. G., Montoya-Juárez, R., García-Caro, M. P., & Hueso-Montoro, C. (2018a). Level of Cultural Self-Efficacy of Colombian Nursing Professionals and Related Factors, 30(2), 137–145.  
<https://doi.org/10.1177/1043659618777047>
- Hultsjö, S., Bachrach-Lindström, M., Safipour, J. & Hadziabdic, E. (2019). "Cultural awareness requires more than theoretical education" - Nursing students' experiences. *Nurse Education in Practice*, ;39:73-79.  
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.07.009>
- Kagawa-Singer, M., Dressler, W., George, S.; NIH Expert Panel. (2016). Culture: The missing link in health research. *Social Science & Medicine*, 170:237-246.
- Klik, K. A., Williams, S. L., & Reynolds, K. J. (2019). Toward understanding mental illness stigma and help-seeking: A social identity perspective. *Social Science & Medicine*, 222, 35–43.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.001>
- Leininger, M. & McFarland, M.R. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice*. McGraw-Hill.  
<https://doi.org/10.1177/104365960201300320>

- Lemstra, M., Nwankwo, C., Bird, Y., & Moraros, J. (2018). Primary nonadherence to chronic disease medications: a meta-analysis. *Patient preference and adherence*, 12, 721–731. <https://doi.org/10.2147/PPA.S161151>
- Lin, H. L., Guo, J. L., Chen, H. J., Li-Ling, L., & Li-Chun, C. (2021). Cultural competence among pre-graduate nursing students, new graduate nurses, nurse mentors, and registered nurses: A comparative descriptive study. *Nurse Education Today*, 97. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2020.104701>
- Marletta, G., Sarli, L., Caricati, L., & Mancini, T. (2017). Intergroup contact and team functioning among nursing students: the mediation role of intergroup anxiety. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 88(3S), 37–42. <https://doi.org/10.23750/abm.v88i3-S.6612>
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onís Vilches, M. C., Aguado Taberné, C., Albert Colomer, C., & Luque Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años [Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age]. *Medicina clinica*, 117(4), 129–134. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(01)72040-4)
- Mei, X. X., Wang, H. Y., Wu, X. N., Wu, J. Y., Lu, Y. Z., & Ye, Z. J. (2022). Self-Efficacy and Professional Identity Among Freshmen Nursing Students: A Latent Profile and Moderated Mediation Analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 779986. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.779986/BIBTEX>
- Michalopoulou, G., Falzarano, P., Arfken, C. & Rosenberg, D. (2009). Physicians' cultural competence as perceived by African American patients. *Journal of the National Medical Association*, 101: 893–8. <https://doi.org/10.1016/s0027-9684>

- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). (2021). *About Chronic Diseases*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
- Neville, H. A., Lilly, R. L, Duran, G., Lee, R. M., Browne, L. (2000). Construction and Initial Validation of the Color-Blind Racial Attitudes Scale (CoBRAS). *Journal of Counseling Psychology*, 47, 59-70.
- Neville, H., Gallardo, M.E. & Sue, D. W (Eds.). (2016). The Myth of Racial Color Blindness: Manifestations, dynamics, and impact. *American Psychological Association*.
- Ohana, S. & Mash, R. (2015). Physician and patient perceptions of cultural competency and medical compliance. *Health Education Research*, 30(6): 923-934. <https://doi.org/10.1093/her/cyv060>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Washington, DC.
- Parker, M., Fang, X., & Bradlyn, A. (2020). Costs and effectiveness of a culturally tailored communication training program to increase cultural competence among multi-disciplinary care management teams. *BMC health services research*, 20(1), 784. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05662-z>
- Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpbier AJJA, Scheele F. (2015). Factors influencing intercultural doctor patient communication: a realist review. *Patient Educ Couns*, 98(4):420–45.
- Pedrero, V., Bernales, M., Chepo, M., Manzi, J., Pérez, M., & Fernández, P. (2020). Development of an instrument to measure the cultural competence of health care

workers. *Revista de Saude Publica*, 54. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001695>

- Peñarrieta-de Córdova, I., Barrios, F.F., Gutierrez-Gomes, T., Piñonez-Martinez, M. del S., Quintero-Valle, L.M. & Castañeda-Hidalgo, H. (2014). Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation. *Nursing management*, 20(10):32-7. <https://doi.org/10.7748/nm2014.02.20.10.32.e1084>
- Pettersson S, Holstein J, Jirwe M, Jaarsma T, Klompstra L. (2022). Cultural competence in healthcare professionals, specialized in diabetes, working in primary healthcare-A descriptive study. *Health & Social Care Community*. 30(3): 717-726. <https://doi.org/10.1111/hsc.13442>
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-4.
- Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations.
- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.5 en línea]. <https://dle.rae.es>
- Rojas, G., Escudero, E. y Ureña-Molina, M. (2021). Competencia cultural en salud global: desafíos para los profesionales de enfermería. Enfoque. *Revista Científica de Enfermería*, 28, 24. 23-33.
- Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Park, C., & Whittemore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of advanced nursing*, 72(7), 1469–1489. <https://doi.org/10.1111/jan.12902>
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M. & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*; 99:103386. <https://doi/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
- Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: Limitations and practical consequences 17 *Psychology and Cognitive Sciences* 1701 *Psychology*. BMC



Medical Education, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12909-018-1450-5/PEER-REVIEW>

- Shepherd, S.M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Medical Education*, 8;19(1):14.  
<https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>
- Skinner, T. C., Carey, M. E., Cradock, S., Dallosso, H. M., Dalyb, H., Davies, M. J., Doherty, Y., Heller, S., Khunti, K., & Olivere, L. (2011). Comparison of illness representations dimensions and illness representation clusters in predicting outcomes in the first year following diagnosis of type 2 diabetes: Results from the DESMOND trial. *Psychology and Health*, 26(3), 321–335.  
<https://doi.org/10.1080/08870440903411039>
- Smith, M.L., Bergeron, C.D., Riggle, S.D., Meng, L., Towne, S.D. Jr., Ahn, S. & Ory, M.G. (2017). Self-care difficulties and reliance on support among vulnerable middle-aged and older adults with chronic conditions: A cross-sectional study. *Maturitas*. 104, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.06.030>
- Stephan, W. G. (2014). Intergroup Anxiety: Theory, Research, and Practice. *Personality and Social Psychology Review*, 18(3), 239–255.  
<https://doi.org/10.1177/1088868314530518>
- Sue, D.W. & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: theory and practice*. 5th ed. Hoboken, N.J: John Wiley & Sons. 552 p.
- Sue, D.W. & Sue, D. (2015). *Counseling the culturally diverse. Theory and practice*. Wiley.
- Sue, D.W. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist*.
- Sue, D.W. (2015). *Race Talk and the conspiracy of silence*. Wiley.

- Sue, D.W., Bernier, J.E., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P., Smith, E.J., et al. (1982). Position Paper: Cross-Cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist*, 10(2):45–52.
- Sukhera, J., Milne, A., Teunissen, P. W., Lingard, L., & Watling, C. (2018). The Actual Versus Idealized Self: Exploring Responses to Feedback About Implicit Bias in Health Professionals. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 93(4), 623–629.  
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002006>
- Tajfel, H. (1984). Los atributos de la conducta intergrupala. En H. Tajfel (Ed.), *Grupos humanos y categorías sociales* (pp. 263-289). Editorial Herder.
- Tajfel, H., & Turner, J. (2001). An integrative theory of intergroup conflict. In M. Hogg & D. Abrams (Eds.), *Intergroup relations: Essential readings* (pp. 94–109). Psychology Press.
- Tang, C., Tian, B., Zhang, X., Zhang, K., Xiao, X., Simoni, J.M. & Wang, H. (2019). The influence of cultural competence of nurses on patient satisfaction and the mediating effect of patient trust. *Journal of advanced nursing*, 75(4):749-759.  
<http://doi.org/10.1111/jan.13854>
- The Joint Commission. (2016). *The Joint Commission: cultural diversity*. Elsevier.
- Thirsk, L. M., Panchuk, J. T., Stahlke, S., & Hagtvedt, R. (2022). Cognitive and implicit biases in nurses' judgment and decision-making: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 133.  
<https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2022.104284>
- Tong, L., Tong, T., Wang, J., Li, Y., & Noji, A. (2021). Determinants of transcultural self-efficacy among nurses in China: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 23(4), 880–887. <https://doi.org/10.1111/NHS.12876>

- Turner, J.C. & Reynolds K.J. (2012). Self-Categorization Theory. In P.A.M. Van Lange, A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Theories of Social Psychology* (pp. 379-394). SAGE.
- Van de Velde, D., De Zutter, F., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D., & De Vriendt, P. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ open*, 9(7), e027775.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027775>
- van Veelen, R., Veldman, J., Van Laar, C., & Derks, B. (2020). Distancing from a stigmatized social identity: State of the art and future research agenda on self-group distancing. *European Journal of Social Psychology*, 50(6), 1089–1107.  
<https://doi.org/10.1002/EJSP.2714>
- Vela, M. B., Erondy, A. I., Smith, N. A., Peek, M. E., Woodruff, J. N., & Chin, M. H. (2022). Eliminating Explicit and Implicit Biases in Health Care: Evidence and Research Needs. *Annual review of public health*, 43, 477–501.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052620-103528>
- Wagner, E.H., Austin, B.T. & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*, 74 (4): 511-544.
- Wagner, E.H., Glasgow, R.E., Davis, C., Bonomi, A.E., Provost, L., McCulloch, D., Carver, P. & Sixta, C. (2001). Quality Improvement in Chronic Illness Care. A Collaborative Approach. *Journal Quality Improvement*, 27(2):63-80.
- Williams, D. M., Rhodes, R. E., & Conner, M. T. (2019). Conceptualizing and intervening on affective determinants of health behaviour. *Psychology & health*, 34(11), 1267–1281. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1675659>
- Willis, L., Lee, E., Reynolds, K. J., & Klik, K. A. (2020). The Theory of Planned Behavior and the Social Identity Approach: A New Look at Group Processes and Social Norms in the Context of Student Binge Drinking. *Europe's journal of psychology*, 16(3), 357–383. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.1900>

Winkley, K., Upsher, R., Stahl, D., Pollard, D., Kasera, A., Brennan, A., Heller, S., & Ismail, K. (2020). Psychological interventions to improve self-management of type 1 and type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 24 (28).

## Apéndices

## Apéndice A

### Directorio de unidades de atención

Centro de salud	Dirección
1. Centro de Salud Satélite	Juan García Ponce S/N, Colonia Satélite Nte. Saltillo, Coahuila
2. Centro de Salud Col. Nueva Jerusalén	Calle Nueva Lituania N°. 187, Colonia Nueva Jerusalén. Saltillo, Coahuila
3. Centro de Salud Madero	Calzada Francisco I. Madero N°. , Zona Centro. C.P. 25000 Saltillo, Coahuila
4. Centro de Salud “Los González”	27 de Septiembre y Río Suchiate, Colonia Los González. Saltillo, Coahuila.
5. Hospital General Saltillo	Boulevard Carlos Abedrop Dávila después del Parque Maravillas
6. Centro Estatal de Atención al Adulto Mayor	Carlos Abredrop Dávila esquina Dámaso Rodríguez Contreras
7. Centro "Si Mujer" Saltillo	Boulevard Isidro Lopez Zertuche
8. Centro de Salud Fundadores	Cristóbal pereas, colonia fundadores
9. Urbano de 03 Núcleo Básico Col. Asturias	Aviles S/N, Colonia Asturias
10. Urbano de 03 Núcleo Básico Col. Girasol	Lureles 247, colonia Girasol
11. Urbano de 03 Núcleo Básico Ampliación Morelos	Calle 17 S/N, colonia ampliación morelos
12. UNEME Capa Saltillo	Boulevard Carlos Abedrop Dávila después del Parque Maravillas
13. UNEME Crónicas Saltillo	Boulevard Carlos Abedrop Dávila despues del Parque Maravillas
14. Unidad de Servicios Integrales de la Mujer	Periferico Luis Echeverria Avenida Universidad y 20 de Noviembre

## Apéndice B

### Cronograma de Actividades

Actividad	2022										2023										2024					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembr	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Diseño del proyecto de investigación (Cap I)																										
Aprobación del proyecto por el Comité Doctoral																										
Diseño de Cap II.																										
Aprobación del proyecto por el Comité de Ética e Investigación FAEN																										
Prueba piloto																										
Recolección final de datos																										





## Apéndice C

### Cédula de datos sociodemográficos y culturales de los profesionales de salud



#### Cédula de datos sociodemográficos y culturales



**Instrucciones:** A continuación se presentan una serie de preguntas que reflejan información general de usted, le pedimos conteste con la verdad, reiterándole que su información será completamente confidencial. Si tiene alguna duda síntase con la seguridad de hacémosla saber.

Folio	Fecha	Edad (años cumplidos)	Años de escolaridad	Nacionalidad	Sexo	Estado marital
				<input type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra, cual: _____	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Con pareja <input type="radio"/> Sin pareja
<b>Religión</b>		<b>¿Cómo se identifica sexualmente?</b>		<b>Padece de alguna de estas enfermedades:</b>		
<input type="radio"/> Católico <input type="radio"/> Protestante/Cristiano evangélico <input type="radio"/> Otras religiones <input type="radio"/> Sin adscripción religiosa, pero creyente <input type="radio"/> Sin religión		<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Homosexual (gay/lesbiana) <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Transexual <input type="radio"/> No binario <input type="radio"/> Bigénero		<input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> Insuficiencia Renal Crónica <input type="radio"/> EPOC <input type="radio"/> Otra: _____ <input type="radio"/> Ninguna		
<b>Nivel de estudios</b>		<b>Puesto</b>		<b>Años de antigüedad laboral</b>	<b>Años de experiencia al cuidado de personas con enfermedad crónica</b>	
<input type="radio"/> Estudiante de enfermería Semestre: _____ <input type="radio"/> Pasante de enfermería <input type="radio"/> Técnico en enfermería <input type="radio"/> Enfermero/a general (Licenciatura) <input type="radio"/> Enfermero/a especialista <input type="radio"/> Enfermero/a con maestría <input type="radio"/> Enfermero/a con doctorado		<input type="radio"/> Auxiliar de enfermería Áreas: _____ <input type="radio"/> Enfermero general Área(s): _____ Antigüedad: _____ <input type="radio"/> Enfermero especialista Área: _____ Antigüedad: _____ <input type="radio"/> Supervisor de departamento Departamento: _____ Antigüedad: _____ <input type="radio"/> Supervisor de turno Antigüedad: _____ <input type="radio"/> Jefa/e de enfermería Antigüedad: _____				
				<b>¿Ha atendido a personas de una nacionalidad diferente a la suya?</b>	<b>¿Ha atendido a personas que hablen un idioma diferente al suyo?</b>	
				<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Cual: _____	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Cual: _____	



### Cédula de datos sociodemográficos y culturales



<b>Pensando que el jefe o jefa de hogar es aquella persona que encabeza económicamente un hogar, ¿Es usted Jefe o Jefa de hogar?</b>		
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
<b>Pensando en el jefe o jefa de hogar ¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?</b>		
<input type="radio"/> No estudió <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Primaria Completa <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria completa		
<input type="radio"/> Preparatoria incompleta <input type="radio"/> Preparatoria completa <input type="radio"/> Carrera comercial <input type="radio"/> Carrera técnica		
<input type="radio"/> Licenciatura incompleta <input type="radio"/> Licenciatura completa <input type="radio"/> Diplomado o maestría <input type="radio"/> Doctorado		
<b>¿Cuántos baños con regadera y excusado hay en su vivienda?</b>		<b>¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?</b>
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 o más		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 o más
<b>Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿su hogar cuenta con internet?</b>	<b>De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?</b>	<b>En su vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?</b>
<input type="radio"/> No tiene <input type="radio"/> Si tiene	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 o más	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 o más

## Apéndice D

### Escala de Identidad Social (Cameron, 2004).

Pensando en que usted forma parte del personal de enfermería, indique frente a cada enunciado, qué tan de acuerdo o en desacuerdo se encuentra	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
1. A menudo pienso que soy personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7
2. Ser personal de enfermería tiene poco que ver con cómo me siento acerca de mí mismo en general	1	2	3	4	5	6	7
3. Ser personal de enfermería es una parte importante de mi imagen personal	1	2	3	4	5	6	7
4. El hecho de que soy personal de enfermería rara vez entra en mi mente	1	2	3	4	5	6	7
5. En general, estoy contento de ser personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7
6. A menudo me arrepiento de ser personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7
7. Generalmente me siento bien conmigo mismo cuando pienso que soy personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7
8. No me siento bien por ser personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo mucho en común con otras enfermeras y enfermeros	1	2	3	4	5	6	7
10. Siento fuertes lazos con otras enfermeras y enfermeros	1	2	3	4	5	6	7
11. Me resulta difícil formar un vínculo con otras enfermeras y enfermeros	1	2	3	4	5	6	7
12. No siento una fuerte sensación de conexión con el personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7

**Apéndice E**  
**Escala de medición de competencia cultural para trabajadores de salud (EMCC-14) (Pedrero et al., 2019).**

<b>Pensando en su práctica clínica habitual, frente a cada pregunta, indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo se encuentra usted.</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Creo que pacientes con diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud	1	2	3	4	5
2. Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud	1	2	3	4	5
3. Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales	1	2	3	4	5
4. Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego.	1	2	3	4	5
5. Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud.	1	2	3	4	5
6. Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado	1	2	3	4	5
7. Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad.	1	2	3	4	5
8. Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres)	1	2	3	4	5
9. Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud	1	2	3	4	5
10. Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes	1	2	3	4	5
11. Soy capaz de establecer metas y/o objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades	1	2	3	4	5
12. Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidos en la valoración del paciente	1	2	3	4	5
13. Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural	1	2	3	4	5
14. Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo	1	2	3	4	5

## Apéndice F

### Escala de actitudes hacia las diferencias culturales (Nevillie et al., 2000)

**Indicaciones.** A continuación se muestran un conjunto afirmaciones sobre las personas que poseen diabetes o hipertensión. Usando la escala de 6 puntos, proporcione una calificación honesta sobre el grado en que personalmente está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. Sea tan honesto y abierto como pueda; No hay respuestas correctas o incorrectas. Registre su respuesta a la izquierda de cada ítem.

	1	2	3	4	5	6
	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
	1. El tener diabetes/hipertensión juega un papel importante para ciertos aspectos de la vida de los pacientes como obtener un trabajo, contratar un seguro, etc.					
	2. Tener diabetes/hipertensión es un determinante importante para tener éxito en diferentes aspectos de la vida					
	3. Las personas con diabetes/hipertensión no tienen las mismas oportunidades en diferentes aspectos de la vida que quienes no tienen enfermedades					
	4. Las personas que no poseen enfermedades tienen mayores oportunidades en diferentes aspectos de la vida que las personas con diabetes/hipertensión					
	5. Las personas que <b>no</b> tienen diabetes/hipertensión tienden a discriminar a quienes tienen estas enfermedades					
	6. El tener diabetes/hipertensión puede ser una barrera para situaciones de la vida cotidiana, como conseguir trabajo					
	7. Es importante combatir los estereotipos que existen hacia las personas con diabetes/hipertensión.					
	8. Los prejuicios y la discriminación hacia las personas con diabetes/hipertensión son un problema importante					
	9. Es importante que existan campañas para disminuir los prejuicios y la discriminación hacia las personas con diabetes/hipertensión					
	10. Es importe reconocer que las personas con diabetes/hipertensión hacen un aporte a las sociedad					

## Apéndice G

### Escala de Ansiedad Intergrupala (Stephan, 2014)

Sí fueras el único profesional de enfermería interactuando con personas con diabetes y/o hipertensión (por ejemplo, hablando con ellos, brindándoles cuidados), ¿Cómo te sentirías en comparación con las ocasiones en las que interactúas con otros profesionales de enfermería?

<b>Cuando interactuó con personas con diabetes/hipertensión me siento:</b>	<b>Nada</b>									<b>Extremadamente</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Apreensivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inseguro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Preocupado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Extraño (torpe)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amenazado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cómodo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Confiado (de los demás)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amistoso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Confiado (de sí mismo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Seguro (fuera de peligro)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tranquilo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## Apéndice H

### Escala de Autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente

(Assemi et al., 2006)

Indique que tan confiado se siente sobre su capacidad de brindar atención culturalmente competente de acuerdo con las siguientes acciones:	Nada Seguro	Poco seguro	Moderadamente seguro	Muy seguro	Extremadamente
	1	2	3	4	5
Definir y describir con precisión la diferencia entre cultura, etnicidad y raza	1	2	3	4	5
¿Se siente cómodo interactuando con personas de diversos orígenes (p. ej., diferentes edades, géneros, etnias, habilidades en el idioma inglés, niveles socioeconómicos)?	1	2	3	4	5
Reconocer con precisión la diferencia entre un estereotipo y una suposición	1	2	3	4	5
Reconocer suposiciones que tiene o hace sobre diferentes grupos de personas	1	2	3	4	5
Identifica la influencia de los estereotipos en sus pensamientos, sentimientos y comportamientos hacia diferentes grupos de personas mientras brinda atención o educación al paciente	1	2	3	4	5
Enumerar y describir con precisión los elementos del cuidado de la salud culturalmente competente	1	2	3	4	5
Obtener la perspectiva de la enfermedad de un paciente durante un encuentro o consulta con el paciente	1	2	3	4	5
Obtener la perspectiva de un paciente sobre la curación y la terapia con medicamentos durante un encuentro o consulta con el paciente	1	2	3	4	5
Supervisar eficazmente la terapia de un paciente de un entorno diferente al suyo	1	2	3	4	5
Aconsejar de manera efectiva a un paciente de un entorno diferente al suyo sobre sus medicamentos o suplementos	1	2	3	4	5
Utilizar efectivamente un intérprete no calificado para entrevistar o asesorar a un paciente	1	2	3	4	5
Utilizar efectivamente un intérprete calificado para entrevistar o asesorar a un paciente	1	2	3	4	5

## Apéndice I

### Cuestionario Pfeiffer (1975)

**Instrucciones:** 1) Pregunte desde el número 1 al 10 y complete las respuestas el recuadro que aparece a continuación. Ya finalizadas las preguntas, sume el total de errores que haya tenido el evaluado. Para tener mayor claridad de cómo evaluar los errores, utilice la guía de interpretación que aparece en el tercer punto.

	Pregunta	Respuesta
1	¿Qué fecha es hoy? (día/mes/año)	
2	¿Qué día de la semana es hoy?	
3	¿Cuál es el nombre de este lugar o edificio?	
4	¿Cuál es su número de teléfono? (Si no tiene número, realizar la pregunta 4A).	
4A	¿Cuál es su dirección?	
5	¿Qué edad tiene usted?	
6	¿En qué fecha nació? (día/mes/año)	
7	¿Cuál es el presidente de México actualmente?	
8	¿Cuál fue el presidente anterior?	
9	¿Cuál es el apellido de su madre?	
10	A 20 réstele 3 y continúe restando 3 a cada resultado, hasta el final (20-17-14-12-11-8-5-2).	
	Número de errores	

**Indique con una X el nivel de escolaridad de la persona evaluada**

Enseñanza básica o ninguna	Educación Media	Educación Superior



## Apéndice J

### Cédula de datos sociodemográficos y culturales de las personas con enfermedad crónica



#### Cédula de datos sociodemográficos y culturales



**Instrucciones:** A continuación se presentan una serie de preguntas que reflejan información general de usted, le pedimos conteste con la verdad, reiterándole que su información será completamente confidencial. Si tiene alguna duda siéntase con la seguridad de hacémosla saber.

Folio	Fecha	Edad (años cumplidos)	Años de escolaridad	Nacionalidad	Sexo	Estado marital
				<input type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra, cual: _____	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Con pareja <input type="radio"/> Sin pareja

Ocupación	Religión	¿Cómo se identifica sexualmente?	¿Cómo percibe su estado de salud?
<input type="radio"/> Trabajo remunerado <input type="radio"/> Trabajo no remunerado <input type="radio"/> No trabaja	<input type="radio"/> Católico <input type="radio"/> Protestante/Cristian o evangélico <input type="radio"/> Otras religiones <input type="radio"/> Sin adscripción religiosa, pero creyente <input type="radio"/> Sin religión	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Homosexual (gay/lesbiana) <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Transexual <input type="radio"/> No binario <input type="radio"/> Bigénero	<input type="radio"/> Muy buena <input type="radio"/> Buena <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Mala

¿Siente o a sentido dolor en alguna parte de su cuerpo?	Padece de alguna de estas enfermedades:	Si tiene algunas de las enfermedades anteriores, coloque a continuación cuantos años de antigüedad tiene su diagnóstico	Necesita ayuda para el cuidado de su enfermedad (diabetes/hipertensión)
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Ocasionalmente <input type="radio"/> Si, con duración menor a 3 meses <input type="radio"/> Si, con duración mayor a 3 meses	<input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> Insuficiencia Renal Crónica <input type="radio"/> EPOC <input type="radio"/> Otra: _____ _____ _____	Hipertensión: _____ Diabetes: _____ Cáncer: _____ Insuficiencia Renal Crónica: _____ EPOC: _____ Otra: _____	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí



### Cédula de datos sociodemográficos y culturales



<b>Pensando que el jefe o jefa de hogar es aquella persona que encabeza económicamente un hogar, ¿Es usted Jefe o Jefa de hogar?</b>		
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
<b>Pensando en el jefe o jefa de hogar ¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?</b>		
<input type="radio"/> No estudió <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Primaria Completa <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria completa		
<input type="radio"/> Preparatoria incompleta <input type="radio"/> Preparatoria completa <input type="radio"/> Carrera comercial <input type="radio"/> Carrera técnica		
<input type="radio"/> Licenciatura incompleta <input type="radio"/> Licenciatura completa <input type="radio"/> Diplomado o maestría <input type="radio"/> Doctorado		
<b>¿Cuántos baños con regadera y excusado hay en su vivienda?</b>		<b>¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?</b>
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 o más		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 o más
<b>Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿su hogar cuenta con internet?</b>	<b>De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?</b>	<b>En su vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?</b>
<input type="radio"/> No tiene <input type="radio"/> Si tiene	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 o más	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 o más

## Apéndice K

## Escala de Identificación Social (Cameron, 2004).

Pensando en que usted es una persona con diabetes/hipertensión indique frente a cada enunciado, qué tan de acuerdo o en desacuerdo se encuentra	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
1. A menudo pienso que soy una persona con diabetes/hipertensión	1	2	3	4	5	6	7
2. Ser una persona con diabetes/hipertensión tiene poco que ver con cómo me siento acerca de mí mismo en general	1	2	3	4	5	6	7
3. Ser una persona con diabetes/hipertensión es una parte importante de mi imagen personal	1	2	3	4	5	6	7
4. El hecho de que soy una persona con diabetes/hipertensión rara vez entra en mi mente	1	2	3	4	5	6	7
5. En general, estoy contento de ser una persona con diabetes/hipertensión	1	2	3	4	5	6	7
6. A menudo me arrepiento de ser una persona con diabetes/hipertensión	1	2	3	4	5	6	7
7. Generalmente me siento bien conmigo mismo cuando pienso en ser una persona con diabetes/hipertensión	1	2	3	4	5	6	7
8. No me siento bien por ser una persona con diabetes/hipertensión	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo mucho en común con otras personas con diabetes/hipertensión	1	2	3	4	5	6	7
10. Siento fuertes lazos con otras personas con diabetes/hipertensión	1	2	3	4	5	6	7
11. Me resulta difícil formar un vínculo con otras personas con diabetes/hipertensión	1	2	3	4	5	6	7
12. No siento una fuerte sensación de conexión con las personas con diabetes/hipertensión	1	2	3	4	5	6	7

## Apéndice L

### Escala de Permeabilidad (Armenta et al., 2017)

Pensando que la diabetes/hipertensión son enfermedades crónicas, indique frente a cada enunciado, qué tan de acuerdo o en desacuerdo se encuentra	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Algo en desacuerdo 3	Ni de acuerdo ni en 4	Parcialmente de acuerdo 5	De acuerdo 6	Totalmente de acuerdo 7
1. Las personas con enfermedades crónicas y las personas sin enfermedades crónicas son fundamentalmente diferentes	1	2	3	4	5	6	7
2. Las personas con enfermedades crónicas y las personas sin enfermedades crónicas son mundos diferentes	1	2	3	4	5	6	7
3. La diferencia entre una persona con enfermedad crónica y una persona sin enfermedades crónicas es clara	1	2	3	4	5	6	7
4. Puedo parecer físicamente como una persona sin enfermedades crónicas si quiero	1	2	3	4	5	6	7
5. No importa el esfuerzo que haga, nunca seré visto como una persona sin enfermedades crónicas	1	2	3	4	5	6	7
6. Podría ser considerado como una persona sin enfermedades crónicas si quisiera	1	2	3	4	5	6	7
7. No hay nada que pueda hacer para ser considerado como una persona sin enfermedades crónicas	1	2	3	4	5	6	7
8. Hacerme pasar por una persona sin enfermedades crónicas va en contra de mis valores	1	2	3	4	5	6	7
9. Querer aparecer como una persona sin enfermedades crónicas va en contra de quien soy	1	2	3	4	5	6	7
10. Querer ser tratado como una persona sin enfermedades crónicas va en contra de mis creencias	1	2	3	4	5	6	7
11. Es físicamente posible que algunas personas con enfermedades crónicas hagan todas las actividades que las personas sin enfermedades crónicas pueden hacer	1	2	3	4	5	6	7
12. Algunas personas con enfermedad crónica tienen al menos las mismas capacidades físicas que una persona sin enfermedades crónicas	1	2	3	4	5	6	7
13. Es físicamente posible para algunas personas con enfermedades crónicas acceder a las mismas posiciones en la sociedad que las personas sin enfermedades crónicas	1	2	3	4	5	6	7
14. No importa el esfuerzo que haga, no puedo acceder a los mismos recursos a los que puede acceder una persona sin enfermedades crónicas	1	2	3	4	5	6	7
15. La verdad es que puedo hacer muy poco para acceder a los recursos que las personas sin enfermedades crónicas suelen tener acceso	1	2	3	4	5	6	7
16. Ocupar posiciones en la sociedad que son típicas de las personas sin enfermedades crónicas va en contra de mis valores	1	2	3	4	5	6	7
17. Acceder a recursos que son típicos de las personas sin enfermedades crónicas está en contra de lo que yo soy	1	2	3	4	5	6	7
18. Hacer actividades que son típicas de las personas sin enfermedades crónicas va en contra de mis principios	1	2	3	4	5	6	7

## Apéndice M

### Escala de Autogestión: Partners In Health Scale (PHS) (Peñarrieta de Córdoba et al., 2014)

Encierre en un círculo el número que más se aproxime a su respuesta:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Muy poco/Nunca/No muy bien				Satisfactorio				Mucho / Siempre /Muy bien

**1. En general, lo que sé sobre mi (s) condición (es) de salud es:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Muy poco/Nunca/No muy bien				Satisfactorio				Mucho / Siempre /Muy bien

**2. En general, lo que sé sobre el tratamiento, incluidos los medicamentos, de mi (s) condición (es) de salud es:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Muy poco/Nunca/No muy bien				Satisfactorio				Mucho / Siempre /Muy bien

**3. Tomo medicamentos o llevo a cabo los tratamientos que me piden mis médicos o mi trabajador de salud:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Muy poco/Nunca/No muy bien				Satisfactorio				Mucho / Siempre /Muy bien

**4. Comparto las decisiones tomadas sobre mi (s) condición (es) de salud con mi médico o trabajador de la salud:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Muy poco/Nunca/ No muy bien				Satisfactorio					Mucho / Siempre /Muy bien
<b>5. Puedo tratar con profesionales de la salud para obtener los servicios que necesito que se ajusten a mi cultura, valores y creencias:</b>									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Muy poco/Nunca/ No muy bien				Satisfactorio					Mucho / Siempre /Muy bien
<b>6. Asisto a las citas que me pide mi médico o trabajador de la salud:</b>									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Muy poco/Nunca/ No muy bien				Satisfactorio					Mucho / Siempre /Muy bien
<b>7. Realizo un seguimiento de mis síntomas y señales de advertencia tempranas (niveles de azúcar en sangre, flujo máximo, peso, dificultad para respirar, dolor, problemas para dormir, estado de ánimo):</b>									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Muy poco/Nunca/ No muy bien				Satisfactorio					Mucho / Siempre /Muy bien
<b>8. Actuó cuando mis señales y síntomas tempranos de advertencia empeoran:</b>									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Muy poco/Nunca/ No muy bien				Satisfactorio					Mucho / Siempre /Muy bien
<b>9. Manejo el efecto de mi (s) condición (es) de salud sobre mi actividad física (caminar, tareas del hogar):</b>									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Muy poco/Nunca/ No muy bien				Satisfactorio					Mucho / Siempre /Muy bien

**10. Manejo el efecto de mi (s) condición (es) de salud sobre cómo me siento  
(es decir, mis emociones y bienestar espiritual):**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Muy poco/Nunca/ No muy bien				Satisfactorio				Mucho / Siempre /Muy bien

**11. Manejo el efecto de mi (s) condición (es) de salud en mi vida social (cómo  
me relaciono con otras personas):**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Muy poco/Nunca/ No muy bien				Satisfactorio				Mucho / Siempre /Muy bien

**12. En general, me las arreglo para vivir una vida saludable: no fumar,  
alcohol moderado, comida saludable, actividad física regular, manejo del  
estrés:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Muy poco/Nunca/ No muy bien				Satisfactorio				Mucho / Siempre /Muy bien

## Apéndice N

### Escala de Percepciones de los pacientes sobre la competencia cultural de los médicos en las interacciones de atención médica (Ahmed & Bateas, 2012)

Pensando en sus interacciones con profesionales de enfermería en la atención de su salud, indique que tan frecuentemente el personal de enfermería realiza las siguientes acciones	Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Casi nunca	Nunca
	1	2	3	4	5
El personal de enfermería le pregunta su nacionalidad	1	2	3	4	5
El personal de enfermería le pregunta sobre su origen étnico	1	2	3	4	5
El personal de enfermería le pregunta sobre sus prácticas religiosas relacionadas con problemas de salud	1	2	3	4	5
El personal de enfermería quiere saber sobre sus antecedentes culturales	1	2	3	4	5
El personal de enfermería le pregunta quién toma las decisiones importantes en su familia	1	2	3	4	5
El personal de enfermería le pregunta si sentiría molestias si lo toca durante el examen físico	1	2	3	4	5
El personal de enfermería le pregunta si el tiempo que tardará el examen de salud le preocupa	1	2	3	4	5
El personal de enfermería quiere saber si el tiempo es una preocupación con respecto al tratamiento	1	2	3	4	5
El personal de enfermería quiere saber sobre sus habilidades lingüísticas	1	2	3	4	5
El personal de enfermería quiere saber acerca de su preferencia de idioma	1	2	3	4	5
El personal de enfermería considera utilizar un traductor para ayudar en su comunicación	1	2	3	4	5
El personal de enfermería trata de comprender los sentimientos del paciente	1	2	3	4	5
El personal de enfermería trata de comprender las emociones del paciente	1	2	3	4	5
El personal de enfermería quiere conocer su punto de vista sobre la enfermedad	1	2	3	4	5
El personal de enfermería quiere conocer su punto de vista sobre los objetivos de tratamiento	1	2	3	4	5
Que le pareció el tiempo que pasó con el personal de enfermería	1	2	3	4	5
Recibió una explicación por parte del personal de enfermería sobre lo que hizo por usted	1	2	3	4	5
Que le parecieron las habilidades técnicas del personal de enfermería que vio	1	2	3	4	5
Que le pareció el comportamiento del personal de enfermería	1	2	3	4	5
Que le pareció la visita en general	1	2	3	4	5



## Apéndice Ñ

## Consentimiento Informado de los Profesionales de Salud



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de proyecto:** Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica  
**Autores/Estudiantes:** Janeth Wendolyne Molina Sánchez  
**Director de Tesis/Asesor (si aplica):** Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

**Introducción/Objetivo del estudio:**

El estudio “Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica”, se está realizando en diferentes centros que brindan atención de primer nivel en salud, en profesionales de enfermería que tengan experiencia en la atención de personas con enfermedad crónica (específicamente diabetes y/o hipertensión). **El objetivo del estudio es conocer algunos aspectos de la atención que usted brinda en la atención de la enfermedad crónica (hipertensión/diabetes).**

Su participación y los resultados obtenidos serán utilizados con fines científicos para **obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Facultad Enfermería** de la Universidad Autónoma de Nuevo León de la estudiante **Janeth Wendolyne Molina Sánchez**. Por lo que lo invitamos a participar contestando unas preguntas. A continuación se le explicará el estudio y procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio.

**Procedimientos:**

Se seleccionará aleatoriamente a profesionales de enfermería que tengan experiencia en la atención de personas con enfermedades crónicas (diabetes y/o hipertensión), hasta completar 255 profesionales de enfermería.

Si Usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado.

**Su participación consiste en responder seis cuestionarios** que tratan sobre sus características personales, su identificación como profesional de enfermería, el reconocimiento sobre sus pensamientos, conocimiento y habilidades para brindar atención y como se siente cuando brinda atención a personas con enfermedad crónica. También se desea conocer su percepción para brindar cuidado a las personas con enfermedad crónica.

Estos cuestionarios serán aplicados en un área tranquila y con la mayor privacidad posible. El tiempo aproximado de su participación consta de 20 minutos.

La información que Usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas Científicas, pero se realizará de manera general. Por lo que en ningún momento existirá la posibilidad de identificar y relacionar los datos con su persona.

Aun firmando este consentimiento, Usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

**Posibles riesgos/Compensación:**

- Su participación en el estudio no implica ningún riesgo para su salud física o mental.

**Beneficios esperados:**

En caso de que usted acepte o no la participación en el estudio, recibirá información en forma de tríptico sobre la atención cultural de personas con enfermedades crónicas. Sin duda su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud de las personas con enfermedad crónica que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo y de tipo cultural.

**Compromisos del Investigador:**

La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber.

**Al aceptar participar en el estudio le pedimos sea tan amable de llenar y firmar el presente documento, junto con dos testigos.** Usted recibirá una copia de la información y del consentimiento informado. Para aclaración de dudas comuníquese con el Presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribir a la siguiente dirección de correo electrónico: [investigación.faien@gmail.com](mailto:investigación.faien@gmail.com)

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

## Apéndice O

### Tríptico informativo para los profesionales de salud

#### Fuentes:

- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). (2021). About Chronic Diseases. Centers for Disease Control and Prevention.
- Neilly, C.H., Rader, A., Zielinski, S., Wehbe-Alamah, H., Murray-Wright, M. (2019). Using Transcultural Nursing Education to Increase Cultural Sensitivity and Cultural Assessment Documentation by Staff in an In-Home Chronic Disease Self-Management Program. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, 1;12(1):16-23.  
<https://doi.org/10.1891/2380-9418.12.1.16>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Enfermedades no transmisibles.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Washington, DC.
- Wagner, E.H., Glasgow, R.E., Davis, C., Bonomi, A.E., Provost, L., McCulloch, D., Carver, P. & Sixta, C. (2001). Quality Improvement in Chronic Illness Care. A Collaborative Approach. *Journal Quality Improvement*, 27(2):63-80.

#### Para más información:

Secretaría de Salud. Competencias interculturales para el Personal de salud<sup>7</sup> .  
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29312/CompetenciasInterculturales.pdf>

[Wendolyne.molinas@uanl.edu.mx](mailto:Wendolyne.molinas@uanl.edu.mx)



Universidad Autónoma de Nuevo León



**Cuidados culturales para personas con enfermedad crónica**

Janeth Wendolyne Molina Sánchez



Todas las **Personas con Enfermedad Crónica (PEC)** al ser diagnosticadas deben adoptar conductas de **automanejo** de su enfermedad que incluyen un cambio en su estilo de vida, modificación en su patrón de alimentación, de actividad física, de descanso, etc.



Para muchas PEC estos cambios de vida suelen ser abrumadores, la OMS a partir del Modelo de Cuidados Crónicos, recomienda a los profesionales de salud brindar **apoyo al automanejo** de la enfermedad crónica. Para lograrlo, se recomienda el uso del modelo de las 5 A en las interacciones de salud.

Se define como el **suministro de educación e intervenciones** de apoyo a fin de incrementar las habilidades y la confianza de las PEC en el manejo de sus problemas de salud, incluidos la evaluación regular del progreso y de los problemas, el establecimiento de metas y el apoyo a la solución de problemas.

Crear un plan de seguimiento, con la finalidad de que la PEC se sienta apoyado y continúe con asistencia.

Arreglar

Averiguar

**Obtener información** sobre la condición de la enfermedad, comportamientos de salud, creencias personales sobre la enfermedad, entre otros  
\*recuerda que cada PEC vive diferentes situaciones y experimenta su enfermedad de manera particular.

### Modelo de automanejo de las 5 A

Asistir

Aconsejar

Con base a la información obtenida, **proporcionar consejos claros, específicos y personalizados** para lograr el automanejo.

Se debe asistir a la PEC con la **solución de problemas**, identificación de posibles desafíos y proporcionar estrategias o recursos para superarlos.

Acordar

Recuerda que es un proceso de colaboración, por lo que es importante **definir un plan de cuidados** de las metas acordadas. Se recomienda que el plan sea negociado, flexible y alcanzable y que se adapte a las preferencias de la PEC.

## Apéndice P

### Tríptico informativo para las personas con enfermedad crónica

Aproveche al máximo su cita

#### Antes de su visita:

- Aprenda **todo** lo que pueda sobre la diabetes y/o hipertensión y su tratamiento.
- Anote **cualquier pregunta** que quiera hacerle a su equipo médico que trata su diabetes y/o hipertensión.
- Anote **cualquier síntoma que tenga**, sus lecturas de glucosa en la sangre (si está controlándola), sus registros de presión arterial, todos sus medicamentos (incluyendo vitaminas y hierbas), cualquier alimento que coma y cualquier ejercicio que haga.
- Traiga una pluma y papel para tomar notas (y anteojos para leer, si los usa).
- Pídale a un miembro de la familia o a un amigo que lo acompañe a la cita para ayudarlo a recordar todo lo que el médico le diga

#### Durante su visita:

- Sea **honesto** con el personal de salud y haga cualquier pregunta que tenga sobre su salud.
- Pregunte si no entiende lo que dice su médico/enfermera. **Es importante que logre entender** todas las instrucciones para su cuidado y tratamiento.
- Anote lo que hablen para que cuando llegue a casa, **recuerde las instrucciones** de tratamiento y cuidados.
- Pida recursos y fuentes donde pueda obtener más información (como un sitio web o información impresa)
- Pregunte sobre **grupos especializados** en educación para la diabetes y/o hipertensión
- Establezca una meta** con los profesionales de salud y decida sobre qué quiere trabajar antes de su próxima cita.

Para más información escribir a  
[Wendolyne.molinas@uanl.edu.mx](mailto:Wendolyne.molinas@uanl.edu.mx)



Universidad Autónoma  
de Nuevo León



Autocuidado de Diabetes e  
Hipertensión

Janeth Wendolyne Molina  
Sánchez

## Diabetes

La diabetes es una enfermedad Crónica que se manifiesta por niveles **altos de azúcar (glucosa) en sangre**. Estos niveles altos de azúcar en sangre (hiperglicemia), se deben a que el páncreas **no produce suficiente cantidad de insulina** dificultando que el azúcar llegue a los órganos, por lo que aumenta la cantidad de azúcar en la sangre por encima de lo normal.

¿Cuáles son los niveles normales de azúcar en sangre?



	Glucosa
Ayunas	80-130 mg/dL
Después de comer	Menos a 180 mg/dL.

Mantener la glucosa dentro de los niveles adecuados ayuda a prevenir complicaciones en otras partes del cuerpo como en los ojos, los riñones, los pies, entre otros.

## Hipertensión Arterial



La presión arterial es la fuerza del flujo sanguíneo dentro de los vasos sanguíneos. Los profesionales de salud registran tu presión arterial como dos números. Ambos números son importantes.

La medida en que tu corazón late y empuja la sangre por los vasos sanguíneos (Presión sistólica)

← **120/80** →

La presión cuando los vasos sanguíneos se relajan entre latidos (Presión diastólica)

- Presión arterial **saludable**: por debajo de 120/80
- Presión arterial **alta temprana**: entre 120/80 y 140/90
- Presión arterial **alta**: 140/90 o más

## Tratamiento integral de la diabetes e hipertensión

### Alimentación saludable



Rica en verduras, frutas, cereales integrales, lácteos descremados, pescados, semillas, frutas secas, aceites.

Reduce el consumo de sal.

- Prueba usar hierbas y especias en lugar de sal para darles sabor a los alimentos.
- Revisa las etiquetas de los alimentos y elige alimentos con menos de 400 mg de sodio por porción.
- Pregúntale a los profesionales de salud sobre los medicamentos para ayudar a reducir la presión arterial alta.

### Actividad física

Ayuda a reducir el porcentaje de grasa corporal, mejora el control de la glucosa, ayuda a mantener niveles adecuados de presión arterial y mejora el estado emocional



### Medicación



Según el tipo de diabetes se puede tratar con medicamentos orales (pastillas) o con insulina (inyectable)

La hipertensión arterial es tratada con medicamentos orales.

### Educación sobre la enfermedad

Estar bien informados y entrenados en conocimientos y habilidades para el manejo de la diabetes y/o hipertensión es fundamental para tomar las mejores decisiones con respecto a su salud. Su equipo de salud lo acompañará en el proceso.

## Apéndice Q

### Consentimiento Informado para las Personas con Enfermedad Crónica.



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

### FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de proyecto:** Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica

**Autores/Estudiantes:** Janeth Wendolyne Molina Sánchez

**Director de Tesis/Asesor (si aplica):** Dr. Milton Carlos Guevara Valtier

#### Introducción/Objetivo del estudio:

El estudio “Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica”, se está realizando en diferentes centros que brindan atención de primer nivel en salud, en personas con padezcan diabetes y/o hipertensión. **El objetivo del estudio es conocer algunos aspectos de su enfermedad.**

Su participación y los resultados obtenidos serán utilizados con fines científicos para **obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Facultad Enfermería** de la Universidad Autónoma de Nuevo León de la estudiante **Janeth Wendolyne Molina Sánchez**. Por lo que lo invitamos a participar contestando unas preguntas. A continuación se le explicará el estudio y procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio.

#### Procedimientos:

Se seleccionará aleatoriamente a personas con diabetes/hipertensión, hasta completar 270 personas.

Si Usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado.

**Su participación consiste en responder cinco cuestionarios** (seis, en caso de tener 60 años o más) que tratan sobre sus características personales, su identificación como persona con enfermedad crónica, su autogestión de la enfermedad crónica y su percepción respecto al cuidado que le otorgan los profesionales de enfermería. El tiempo aproximado de su participación consta de 20 minutos.

**La información que Usted proporcione será anónima**, los resultados pueden ser publicados en revistas Científicas, pero se realizará de manera general. Por lo que en ningún momento existirá la posibilidad de identificar y relacionar los datos con su persona.

Aun firmando este consentimiento, Usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

#### Posibles riesgos/Compensación:

- Su participación en el estudio no implica ningún riesgo para su salud física o mental.

**Beneficios esperados:**

En caso de que usted acepte o no la participación en el estudio, recibirá un tríptico informativo sobre el cuidado de su enfermedad crónica con una duración de 10 minutos. Sin duda su participación contribuirá al conocimiento de aspectos relacionados a la salud de las personas con enfermedad crónica que ayudarán a realizar intervenciones con enfoque preventivo.

**Compromisos del Investigador:**

La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber.

**Al aceptar participar en el estudio le pedimos sea tan amable de llenar y firmar el presente documento, junto con dos testigos.** Usted recibirá una copia de la información y del consentimiento informado. Para aclaración de dudas comuníquese con el Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs ó si lo prefiere puede escribir a la siguiente dirección de correo electrónico: [investigación.fae@gmail.com](mailto:investigación.fae@gmail.com)

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Dirección

\_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Dirección

\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

\_\_\_\_\_



## Apéndice R

## Modelos explicativos para la conciencia cultural, así como la conciencia, conocimientos y habilidades culturales para la atención de enfermedades crónicas en profesionales de enfermería

	Modelo 1 Competencia cultural			Modelo 2 Conciencia			Modelo 3 Conocimientos			Modelo 4 Habilidades		
	$\beta$	DE	p-valor	$\beta$	DE	p-valor	$\beta$	DE	p-valor	$\beta$	DE	p-valor
Identidad Social <sup>a</sup>	.039	.054	.565	-.269	.092	<b>.000</b>	.112	.075	.105	.263	.057	<b>.000</b>
Resistencia Cognitiva <sup>b</sup>	-.142	.061	<b>.032</b>	-.157	.014	<b>.017</b>	-.161	.085	<b>.016</b>	-.003	.064	.963
Resistencia Emocional <sup>c</sup>	-.066	.050	.346	-.137	.085	<b>.050</b>	.007	.069	.917	-.003	.052	.961
Resistencia Conductual <sup>d</sup>	.225	.071	<b>.002</b>	.041	.121	.557	.156	.099	<b>.028</b>	.295	.075	<b>.000</b>
Edad <sup>f</sup>	-.012	.039	.871	.001	.066	.990	-.061	.054	.409	.024	.041	.724
Sexo <sup>f</sup>	-.061	1.73	.352	.048	2.97	.460	-.055	2.41	.402	-.130	1.832	<b>.035</b>
Escolaridad <sup>f</sup>	.021	.620	.811	.066	1.06	.452	-.033	.862	.713	.003	.654	.969
Antigüedad Laboral <sup>f</sup>	-.075	.113	.409	-.059	.193	.515	-.076	.157	.403	-.033	.119	.696
Nacionalidad <sup>f</sup>	.008	1.74	.927	.048	2.97	.589	-.055	2.41	.538	.013	1.836	.872
Idioma <sup>f</sup>	.060	1.96	.516	-.049	3.35	.594	.099	2.71	.290	.094	2.068	.279
Intercepto	66.60	8.19	<b>.000</b>	-.269	14.01	<b>.000</b>	72.26	11.39	<b>.000</b>	39.40	8.64	<b>.000</b>
F (gl)	2.414 (10, 222)			2.599 (10, 222)			2.204 (10, 222)			5.99 (10, 222)		
R <sup>2</sup>	.098			.105			.090			.213		

Fuente: Escala de Identidad Social para Profesionales de Enfermería <sup>a</sup>, Escala de Actitudes hacia las Diferencias Culturales <sup>b</sup>, Escala de Ansiedad Intergrupala <sup>c</sup>, Escala de Autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente <sup>d</sup>, Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14) <sup>e</sup>, Cédula de datos sociodemográficos y culturales del Personal de Enfermería <sup>f</sup>. Donde: Nacionalidad = ¿ha atendido a personas con una nacional diferente a la suya?; idioma= ¿ha atendido a personas que hablen un idioma diferente al suyo? Nota:  $\beta$ =coeficiente de regresión estandarizado, DE= Desviación Estándar, p-valor=significancia estadística del modelo de regresión, gl= grados de libertad. n=233.

### Apéndice S

#### Modelos de mediación para la relación entre identidad social y competencia cultural (conocimientos, conciencia y habilidades), mediado por las resistencias a la diversidad cultural (cognitiva, emocional y conductual)

$X \rightarrow M \rightarrow Y$	<i>a</i>				<i>b</i>				<i>c'</i>				<i>ab</i>			<i>c</i>			
	$\beta$	DE	<i>p</i> -valor	IC95%	$\beta$	DE	<i>p</i> -valor	IC95%	$\beta$	DE	<i>p</i> -valor	IC95%	$\beta$	DE	IC95%	$\beta$	DE	<i>p</i> -valor	IC95%
IS <sup>a</sup> → Resistencia cognitiva <sup>b</sup> → CC <sup>e</sup>	-.055	.057	.337	-.168 – .058	-.117	.062	.061	-.239 – .005	.074	.053	.169	.180 – .094	.008	.011	-.014 – .032	.080	.053	.136	.186 – .102
IS <sup>a</sup> → Resistencia cognitiva <sup>b</sup> → Conciencia <sup>e</sup>	-.055	.057	.337	-.168 – .058	-.226	.104	<b>.031</b>	-.432 – -.020	-.317	.090	<b>.000</b>	-.139 – -.235	.009	.012	-.014 – .035	-.305	.090	<b>.000</b>	-.483 – -.126
IS <sup>a</sup> → Resistencia cognitiva <sup>b</sup> → Conocimientos <sup>e</sup>	-.055	.057	.337	-.168 – .058	-.198	.0849	<b>.020</b>	-.366 – -.031	.152	.073	<b>.039</b>	.007 – .296	.010	.013	-.015 – .037	.163	.073	<b>.028</b>	.017 – .296
IS <sup>a</sup> → Resistencia cognitiva <sup>b</sup> → Habilidades <sup>e</sup>	-.055	.057	.337	-.168 – .058	.010	.066	.872	-.120 – .142	.283	.057	<b>.000</b>	.169 – .396	-.000	.007	-.018 – .012	.282	.057	<b>.000</b>	.169 – .396
IS <sup>a</sup> → Resistencia emocional <sup>c</sup> → CC <sup>e</sup>	-.207	.073	<b>.005</b>	-.350 – -.063	-.079	.049	.107	-.175 – .017	.064	.054	.241	-.043 – .171	.020	.015	-.002 – .055	.080	.053	.136	-.043 – .171
IS <sup>a</sup> → Resistencia emocional <sup>c</sup> → Conciencia <sup>e</sup>	-.207	.073	<b>.005</b>	-.350 – -.063	-.161	.082	.051	-.323 – .001	-.338	.091	<b>.000</b>	-.519 – -.157	.024	.015	<b>.001 – .058</b>	-.305	.09	<b>.000</b>	-.483 – -.126
IS <sup>a</sup> → Resistencia emocional <sup>c</sup> → Conocimientos <sup>e</sup>	-.207	.073	<b>.005</b>	-.350 – -.063	-.017	.067	.796	-.150 – .115	.159	.075	<b>.035</b>	.010 – .307	.003	.013	-.022 – .031	.163	.073	<b>.028</b>	.017 – .308
IS <sup>a</sup> → Resistencia emocional <sup>c</sup> → Habilidades <sup>e</sup>	-.207	.073	<b>.005</b>	-.350 – -.063	-.065	.052	.210	-.168 – .037	.269	.058	<b>.000</b>	.54 – .384	.015	.013	-.008 – .046	.282	.057	<b>.000</b>	.169 – .395
IS <sup>a</sup> → Resistencia conductual <sup>d</sup> → CC <sup>e</sup>	.143	.051	<b>.005</b>	.042 – .243	.238	.068	<b>.000</b>	.102 – .373	.046	.053	.387	-.059 – .151	.043	.022	<b>.007 – .092</b>	.080	.053	.136	-.025 – .186
IS <sup>a</sup> → Resistencia conductual <sup>d</sup> → Conciencia <sup>e</sup>	.143	.051	<b>.005</b>	.042 – .243	.123	.118	.298	-.110 – .357	-.322	.092	<b>.000</b>	-.504 – -.140	.013	.015	-.014 – .047	-.305	.09	<b>.000</b>	-.483 – -.126
IS <sup>a</sup> → Resistencia conductual <sup>d</sup> → Conocimientos <sup>e</sup>	.143	.051	<b>.005</b>	.042 – .243	0.204	0.095	<b>.033</b>	.015 – .393	.133	.074	.074	-.013 – .280	.026	.018	-.001 – .068	.163	.073	<b>.028</b>	.017 – .308
IS <sup>a</sup> → Resistencia conductual <sup>d</sup> → Habilidades <sup>e</sup>	.143	.051	<b>.005</b>	.042 – .243	0.337	0.071	<b>.000</b>	.195 – .478	.234	.055	<b>.000</b>	.124 – .344	.054	.026	<b>.010 – .111</b>	.282	.057	<b>.000</b>	.169 – .395

Donde:  $X$ =variable independiente,  $M$ =variable mediadora,  $Y$ = variable resultado,  $a = X \rightarrow M$ ,  $b = M \rightarrow Y$ ,  $c'$ =efecto directo de  $X \rightarrow Y$ ,  $ab$ = efecto indirecto de  $X \rightarrow Y$ ,  $c$ =efecto total de  $X \rightarrow Y$ , IS= Identidad Social, CC= Competencia cultural. Fuente: Escala de Identidad Social para Profesionales de Enfermería<sup>a</sup>, Escala de Actitudes hacia las Diferencias Culturales<sup>b</sup>, Escala de Ansiedad Intergrupal<sup>c</sup>, Escala de Autoeficacia para la competencia cultural en la consejería del paciente<sup>d</sup>, Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14)<sup>e</sup>, Cédula de datos sociodemográficos y culturales del Personal de Enfermería<sup>f</sup>.  $n=233$ .

## Apéndice T

## Modelos de regresión para el efecto de la identidad social, la permeabilidad de grupo y las percepciones de cuidado culturalmente competente sobre la autogestión de la enfermedad crónica y subdimensiones

	Modelo 1 Autogestión de la EC			Modelo 2 Conocimientos			Modelo 3 Adherencia y Comunicación			Modelo 4 Manejo de la EC		
	$\beta$	DE	p-valor	$\beta$	DE	p-valor	$\beta$	DE	p-valor	$\beta$	DE	p-valor
1. Centralidad <sup>a</sup>	-.014	.039	.814	-.059	.061	.350	.057	.046	.362	-.063	.055	.258
2. Afecto <sup>a</sup>	.064	.042	.280	-.032	.066	.615	.004	.050	.948	.139	.059	<b>.013</b>
3. Lazos <sup>a</sup>	-.026	.027	.653	.049	.043	.430	-.010	.032	.872	-.065	.038	.235
4. Permeabilidad <sup>b</sup>	.052	.060	.390	-.039	.094	.538	-.002	.071	.978	.125	.084	<b>.028</b>
5. Percepción de cuidado culturalmente competente <sup>c</sup>	-.113	.061	<b>.043</b>	-.131	.096	<b>.028</b>	-.113	.073	.056	-.034	.086	.512
6. Edad <sup>d</sup>	.118	.085	.054	.033	.133	.608	.091	.101	.157	.115	.120	<b>.043</b>
7. Sexo <sup>d</sup>	-.049	2.271	.396	.012	3.57	.846	.009	2.70	.880	-.114	3.205	<b>.036</b>
8. Escolaridad <sup>d</sup>	.229	.199	<b>.000</b>	.244	.314	<b>.000</b>	.183	.237	<b>.004</b>	.129	.281	<b>.022</b>
9. Percepción del estado de salud <sup>d</sup>	-.081	1.254	.200	-.016	1.97	.806	.014	1.49	.829	-.170	1.770	<b>.004</b>
10. Hipertensión arterial <sup>d</sup>	.139	.086	<b>.018</b>	.018	.136	.770	.148	.103	<b>.016</b>	.101	.122	.064
11. Diabetes Mellitus T2 <sup>d</sup>	.098	.102	.087	.114	.160	<b>.060</b>	.132	.121	<b>.029</b>	-.009	.144	.862
12. Dolor <sup>d</sup>	-.050	.754	.395	-.002	1.18	.973	-.101	.897	.104	.015	1.064	.786
13. Bienestar <sup>d</sup>	.207	.040	<b>.001</b>	.073	.063	.269	.077	.047	.239	.290	.056	<b>.000</b>
Intercepto	55.59	10.43	.000	64.916	16.41	.000	63.13	12.41	.000	-.063	14.73	.008
F (gl)	5.197 (13, 270)			2.331 (13, 270)			2.652 (13, 270)			8.908 (13, 270)		
R <sup>2</sup>	.200			.101			.113			.300		

Fuente: Escala de Identidad Social para Personas con Enfermedad Crónica <sup>a</sup>, Escala de Permeabilidad de los límites de Grupo <sup>b</sup>, Escala de evaluación para las percepciones de los pacientes sobre la competencia cultural de los enfermeros en las interacciones de atención de salud <sup>c</sup>, Cédula de datos sociodemográficos y culturales para Personas con Enfermedad Crónica <sup>d</sup>. Donde: Hipertensión=Años de antigüedad con hipertensión arterial, Diabetes Mellitus T2=Años de antigüedad con diabetes tipo 2. Nota:  $\beta$ =coeficiente de regresión estandarizado, DE= Desviación Estándar, p-valor=significancia estadística del modelo de regresión, gl= grados de libertad. n=284.

## **Resumen Autobiográfico**

Candidata a obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

**Tesis:** Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica

**LGAC:** Cuidado de la salud en: a) Riesgo de desarrollar estados crónicos y b) en grupos vulnerables

**Biografía:** Janeth Wendolyne Molina Sánchez, nacida el 18 de mayo de 1993 en Saltillo, Coahuila, México. Hija de Gloria Sánchez Rodríguez y Alejandro Seth Molina Villalobos, hermana de Alejandro Seth Molina Sánchez y Josué Alan Molina Sánchez.

**Educación:** Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Coahuila (2012-2015); Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato (2018-2019); Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2021-2024).

**Estancias administrativas, docentes, clínicas e investigación:** Estancia de investigación en la Facultad de Organización Deportiva de la Universidad Autónoma de Nuevo León (octubre-diciembre 2018); Estancia docente en la Facultad de enfermería y obstetricia de la Universidad de Guanajuato (septiembre- noviembre 2019); Estancia de investigación en la Facultad de enfermería de la Universidad Andrés Bello (Agosto- Octubre, 2022).

**Experiencia profesional:** Enfermera General en el Hospital General Saltillo (enero-diciembre 2017); Docente de la asignatura de Proceso de Atención de Enfermería en Postécnico en Administración Avalado por la UNAM en la Escuela de Estudios Técnicos de Enfermería A.C (mayo-agosto 2017); Docente a nivel licenciatura de enfermería y posgrado en la especialidad en Administración de los servicios hospitalarios de salud en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila Unidad Saltillo (enero 2021- a la fecha).

**Asociaciones y membresías:** Miembro de REDDECA red deporte de calidad (2018-a la fecha); Miembro de la Asociación Mexicana de proceso, diagnóstico y taxonomías de enfermería A.C (2019- a la fecha).

**Distinciones y reconocimientos:** Obtención de mención honorífica en defensa de tesis para obtención de grado de Licenciada en Enfermería 16 de marzo del 2017.

Reconocimiento por Centro Nacional de Evaluación Superior, A.C., por el desempeño satisfactorio obtenido en el Examen General para el Egreso de la Licenciatura de Enfermería en enero del 2016.

**Publicaciones:**

Molina-Sánchez, J. W., Guevara Valtier, M. C., Salazar González, B. C., & Cárdenas Villarreal, V. M. (2023). Modelo de Competencia Cultural Enfermería-Persona para la Autogestión de la Enfermedad Crónica. *Index de Enfermería*, 32(4), e14560. <https://ciberindex.com/c/ie/e14560>

Molina-Sánchez, J.W., Guevara Valtier, M.C., Gutiérrez Valverde, J.M., Soltero Rivera, S.G., Hernández Martínez, N. & Pérez Fonseca, M. (2024). Perspectivas culturales relacionadas con la autogestión en personas con enfermedad crónica. *Revista Dilemas Contemporáneos*, 37. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v12i1.4307>

**Correo electrónico:** [wendolyne.molinasz@gmail.com](mailto:wendolyne.molinasz@gmail.com)

Janeth Wendolyne Molina Sánchez (0000-0002-1339-7508) - ORCID