



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

**Año: XII    Número: 1    Artículo no.:37    Período: 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2024**

**TÍTULO:** Perspectivas culturales relacionadas con la autogestión en personas con enfermedad crónica.

**AUTORES:**

1. Máster. Janeth Wendolyne Molina-Sánchez.
2. Dr. Milton Carlos Guevara Valtier.
3. Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde.
4. Dra. Silvia Guadalupe Soltero Rivera.
5. Dra. Nora Hernández Martínez.
6. Máster. Martha Pérez Fonseca.

**RESUMEN:** El objetivo de estudio fue evaluar la relación entre la autogestión de la enfermedad crónica y factores culturales en personas con enfermedades crónicas. Utilizando el Modelo Multidimensional de Competencia Cultural, se realizó un estudio correlacional con 284 personas con diabetes e hipertensión. Se aplicaron cuestionarios para evaluar la autogestión y se analizaron correlaciones con factores culturales. Se encontró que mayor escolaridad, mejor percepción de bienestar y mayor antigüedad del diagnóstico se asociaron con mejor autogestión. Las personas con enfermedades crónicas mostraron niveles moderadamente altos de autogestión, subrayando la importancia de factores culturales y educativos. Esto resalta la necesidad de mejorar la sensibilidad cultural en la atención médica para optimizar la autogestión y los resultados de salud.

**PALABRAS CLAVES:** competencia cultural, autogestión, enfermedades crónicas, percepción de salud, bienestar subjetivo.

**TITLE:** Cultural perspectives related to self-management in people with chronic illness.

**AUTHORS:**

1. Master. Janeth Wendolyne Molina-Sánchez.
2. PhD. Milton Carlos Guevara Valtier.
3. PhD. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde.
4. PhD. Silvia Guadalupe Soltero Rivera.
5. PhD. Nora Hernández Martínez.
6. Master. Martha Pérez Fonseca.

**ABSTRACT:** The aim of the study was to evaluate the relationship between chronic disease self-management and cultural factors in people with chronic diseases. Using the Multidimensional Model of Cultural Competence, a correlational study was conducted with 284 people with diabetes and hypertension. Questionnaires were applied to assess self-management and correlations with cultural factors were analyzed. It was found that higher education, better perception of well-being and longer duration of diagnosis were associated with better self-management. People with chronic diseases showed moderately high levels of self-management, underlining the importance of cultural and educational factors. This highlights the need to improve cultural sensitivity in health care to optimize self-management and health outcomes.

**KEY WORDS:** cultural competence, self-management, chronic diseases, health perception, subjective well-being.

**INTRODUCCIÓN.**

A nivel global, las enfermedades crónicas (EC) se consideran un problema significativo de salud pública, social y económico, siendo la principal causa de discapacidad prematura y responsables del 80% de las muertes; dentro de este porcentaje, las personas de entre 30 y 69 años son las más impactadas. Este efecto se debe a la interacción de las EC 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 considerar los factores culturales de las personas con enfermedades crónicas (PEC) es esencial para lograr mejores resultados en salud. Esto permite que las PEC cuenten con la información, educación, motivación y confianza necesarias para una adecuada autogestión de su enfermedad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013; Wagner, 2001; Winkley et al., 2022).

La autogestión se refiere a la capacidad de una persona para controlar los síntomas y las consecuencias de vivir con una enfermedad crónica, incluidos los cambios en el tratamiento, aspectos físicos, sociales y de estilo de vida (OPS, 2013). Estas tareas involucran el conocimiento sobre la salud y enfermedad, la adherencia al tratamiento médico y comunicación con el proveedor de salud y el manejo del impacto físico, emocional y social derivado de su enfermedad (Peñarrieta-de Córdova et al., 2014).

La conducta de autogestión de las PEC ha sido ampliamente estudiada, revelando una serie de factores individuales y culturales que la pueden obstaculizar. 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 la angustia psicológica, que incluye estrés, miedo, depresión, ansiedad y la falta de comprensión por parte de los proveedores de salud sobre el manejo de la enfermedad crónica en el hogar (Schulman-Green et al., 2016).

Los factores culturales son importantes predictores de la autogestión, ya que en la medida en 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 decisiones de las PEC con respecto a la búsqueda de proveedores 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, lo que genera desconfianza hacia

las recomendaciones de cuidado y tratamiento por parte de los profesionales de salud (Dale et al., 2016; OPS, 2013; Schulman-Green et al., 2016).

Este problema radica, en gran medida, en el enfoque biomédico tradicional de la prestación de cuidados, caracterizado por una relación jerárquica entre los profesionales de salud y las PEC. En este enfoque, la comunicación es predominantemente dirigida por el profesional de salud, y el encuentro clínico se centra principalmente en la enfermedad, sin considerar la diversidad cultural de las PEC (OPS, 2013; Wagner, 2001).

Lo anterior da lugar a conductas sesgadas por parte de los profesionales de salud hacia las PEC, como actitudes negativas, microagresiones, discriminación y consentimiento informado inadecuado (Allegrante et al., 2017; Brown et al., 2016; Cheen et al., 2019; Shepherd, 2019; Vela et al., 2022); por lo tanto, el enfoque biomédico tradicional ha demostrado ser costoso e ineficaz para el tratamiento de las EC (Allegrante et al., 2017; OPS, 2013; Wagner, 1996; 2001).

Para que las PEC logren una adecuada conducta de autogestión de la EC, se debe considerar su diversidad cultural. El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre la autogestión de la enfermedad crónica y factores culturales en personas con enfermedades crónicas, tales como la edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión, percepción del estado de salud, comorbilidades, percepción de dolor y bienestar subjetivo.

## **DESARROLLO.**

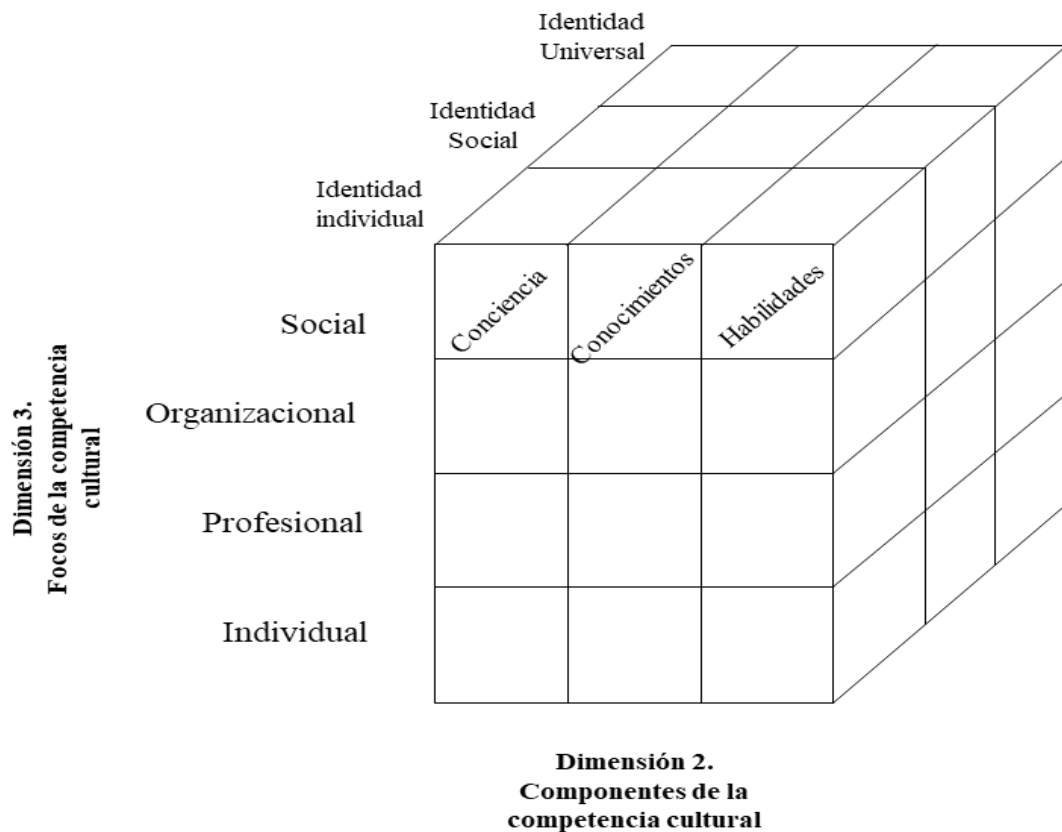
### **Fundamento teórico.**

La investigación se sustentó teóricamente del Modelo Multidimensional de Competencia Cultural (MMCC) (Sue & Sue, 2015). El MMCC es un modelo del área de la psicología social utilizado para brindar atención 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).

El propósito del modelo es destacar la importancia para los profesionales de la salud de tener en cuenta la diversidad cultural 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 culturalmente (Sue & Sue, 2015). La esquematización del modelo se puede observar en la figura 1.

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*.

**Materiales y Métodos.**

El estudio fue desarrollado a través de un diseño no experimental, correlacional, con enfoque cuantitativo (Grove & Gray, 2018). La población de estudio fueron 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).

La muestra de estudio se calculó utilizando el paquete estadístico nQuery Advisor, considerando un nivel de significancia de 0.05 y un poder estadístico de 0.80 (Cohen, 1998). Se anticipó una tasa de no respuesta del 10%, resultando en una muestra final de 284 personas con enfermedades crónicas.

El muestreo constó de dos etapas; en la primera etapa, se seleccionaron de manera aleatoria siete estratos basados en un marco muestral de 14 unidades de primer nivel de atención para personas con enfermedades crónicas; la aleatorización se ejecutó utilizando el programa Excel. En la segunda etapa, se realizó un muestreo por conveniencia. La muestra fue recolectada durante los meses de julio-septiembre del 2023.

Para la recolección de los datos se utilizó como prueba filtro el cuestionario Pfeiffer (Pfeiffer, 1975) 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; así mismo, se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y culturales que incluyó datos como edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión, percepción del estado de salud, comorbilidades, percepción de dolor y bienestar subjetivo.

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 proveedor de salud (ítems 3-8).

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), y su evaluación se realizó sumando las puntuaciones y convirtiéndolas de 0-100, en donde a mayor puntaje mejor autogestión.

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo en primera instancia, solicitando aprobación del comité de ética en investigación de una Universidad al norte de México. El plan de análisis de datos consistió en el uso del paquete estadístico programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25. Se llevaron a cabo medidas de tendencia central, variabilidad y distribución para las variables continuas.

Para las variables categóricas, se realizó la distribución de frecuencias y porcentajes; así mismo, se evaluó la consistencia interna del instrumento mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach, el cual mostró resultados favorables ( $\alpha=.74$ ).

### **Resultados de la perspectiva en estudio.**

Las PEC reportaron ser de nacionalidad mexicana. La mayoría eran mujeres, con pareja, no trabajaban y profesaban la 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, una parte significativa reportó sentirlo de forma crónica; además, la mayoría experimentaba un buen bienestar subjetivo (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y culturales 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>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 la autogestión de la EC, se encontró una media moderadamente alta ( $M= 73.28$ ,  $DE= 15.59$ ), mostrando una mayor puntuación en la subdimensión de adherencia al tratamiento y comunicación con el proveedor de salud ( $M= 78.26$ ,  $DE= 17.62$ ), seguido del manejo del impacto físico, emocional y social derivado de la enfermedad ( $M= 69.61$ ,  $DE= 23.53$ ), y por último, la subdimensión de conocimientos sobre la salud y enfermedad ( $M= 65.69$ ,  $DE= 23.13$ ).



En la tabla 2 se presentan las correlaciones identificadas. La autogestión en personas con enfermedades crónicas mostró correlaciones significativas con varios factores socioculturales; específicamente, se encontró una correlación positiva con la escolaridad ( $r = .172, p \leq .01$ ) y el bienestar ( $r = .324, p \leq .01$ ), mientras que el dolor mostró una correlación negativa ( $r = -.161, p \leq .01$ ); además, la autogestión presentó una correlación positiva con la antigüedad con hipertensión arterial ( $r = .171, p \leq .01$ ).

En cuanto a las subdimensiones de la autogestión, la subdimensión de conocimientos mostró una correlación positiva con la autogestión general ( $r = .617, p \leq .01$ ) y con la escolaridad ( $r = .232, p \leq .01$ ). La adherencia al tratamiento y la comunicación con el proveedor de salud presentaron una correlación positiva alta con la autogestión ( $r = .801, p \leq .01$ ) y con la antigüedad con hipertensión arterial ( $r = .196, p \leq .01$ ).

Finalmente, el manejo de la enfermedad crónica se correlacionó positivamente con la autogestión ( $r = .765, p \leq .01$ ), el bienestar ( $r = .385, p \leq .01$ ) y la antigüedad con hipertensión arterial ( $r = .145, p \leq .05$ ), mientras que se correlacionó negativamente con la percepción del estado de salud ( $r = -.328, p \leq .01$ ).

Tabla 2. Correlaciones entre los factores culturales y la autogestión con la enfermedad crónica.

	Autogestión de la enfermedad crónica <sup>a</sup>	Valor de p
Factores culturales	Escolaridad <sup>b</sup>	<b>.172**</b>
	Dolor <sup>b</sup>	<b>-.161**</b>
	HTA <sup>b</sup>	<b>.171**</b>
	Bienestar <sup>b</sup>	<b>.324**</b>

Fuente: Partners in Health Scale (PHS) <sup>a</sup>, Cédula de datos culturales para Personas con Enfermedad Crónica <sup>b</sup>, donde: HTA= Antigüedad con hipertensión arterial. Nota: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ .  $n = 284$ .

## **CONCLUSIONES.**

Estos resultados están en línea con estudios anteriores que han examinado los factores que influyen en la autogestión de la enfermedad crónica; por ejemplo, el estudio de Dale et al. (2016) encontró que la autogestión de la enfermedad está asociada con varios factores, incluyendo la desconfianza hacia el personal médico, la educación, las barreras sanitarias y los efectos secundarios de la medicación. Esto sugiere que las actitudes hacia el personal médico y la experiencia percibida en el sistema de atención médica pueden tener un impacto significativo en la capacidad de autogestión de las personas con enfermedades crónicas.

El estudio de Smith et al. (2017) proporciona información adicional sobre los factores que pueden dificultar la autogestión de las personas con enfermedad crónica, especialmente entre ciertas poblaciones; por ejemplo, destacaron la importancia de la claridad en las instrucciones médicas y la percepción de que los médicos comprenden las necesidades individuales de los pacientes para una mejor autogestión de la enfermedad. En conjunto, estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las barreras individuales y sistémicas que pueden obstaculizar la autogestión efectiva de las enfermedades crónicas, así como la necesidad de mejorar la comunicación y la confianza en la relación enfermería-paciente para promover una mejor autogestión y resultados de salud en esta población.

En relación con las características sociodemográficas y culturales de las PEC, se exploraron diversas variables las cuales incluyeron la edad, escolaridad, género, 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 convivencia con la enfermedad crónica, específicamente diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.

En el marco de este estudio, se identificaron asociaciones 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 una mayor 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 qué 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 se relacionaban positivamente con 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 socioculturales, como el estado de salud y la angustia psicológica, en la autogestión de las enfermedades crónicas, lo cual coincide con estudios anteriores (Schulman-Green et al., 2016). Esto sugiere que la presencia de múltiples condiciones de salud, el consumo de medicamentos y la experiencia de fatiga y dolor pueden representar barreras significativas para la autogestión, en línea con la literatura existente.

Los resultados de este estudio 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.

El estudio ha revelado que las personas con enfermedad crónica presentan un nivel moderadamente alto de autogestión de su condición. Las áreas con puntuaciones más elevadas fueron la adherencia al tratamiento y la comunicación con los proveedores de salud, seguidas por la capacidad para manejar el

impacto físico, emocional y social de la enfermedad, y el conocimiento sobre la propia salud y enfermedad.

Esos hallazgos son consistentes con investigaciones previas, como las de Dale et al. (2016) y Smith et al. (2017), que identifican factores influyentes en la autogestión de la enfermedad crónica, incluyendo la desconfianza hacia el personal médico, la educación, las barreras sanitarias, y la claridad en las instrucciones médicas. Estos estudios subrayan la importancia de abordar tanto las barreras individuales como sistémicas que pueden dificultar la autogestión eficaz, así como la necesidad de mejorar la comunicación y la confianza en la relación entre los profesionales de salud y los pacientes.

En relación con las características sociodemográficas y culturales, el estudio identificó asociaciones significativas entre la autogestión de la enfermedad crónica y variables como la edad, escolaridad, percepción del estado de salud, percepción del dolor, bienestar subjetivo, y el tiempo de convivencia con la enfermedad. Específicamente, se observó que un mayor nivel de autogestión estaba correlacionado con una mayor escolaridad, una mayor duración del diagnóstico de hipertensión arterial, y una percepción más positiva del bienestar; además, un mayor nivel educativo y una convivencia prolongada con diabetes tipo 2 estaban asociados con un mayor conocimiento sobre la salud y la enfermedad.

En resumen, el presente estudio resalta la importancia de los factores socioculturales, tales como la edad, la escolaridad, la percepción del estado de salud y la percepción de dolor, así como la percepción de bienestar subjetivo en la autogestión de las enfermedades crónicas. Además, subraya el papel crucial de los factores culturales en la autogestión, destacando la necesidad de considerar las creencias, valores y significados culturales en la atención de salud.

Esos hallazgos enfatizan la importancia de mejorar la sensibilidad cultural de los profesionales de salud para fomentar una autogestión efectiva de las enfermedades crónicas, promoviendo así mejores resultados de salud en esta población.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. 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>
2. 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>
3. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum
4. 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>
5. Grove, S. & Gray, J, R. (2019). *Clarifying Quantitative Research Designs*. In *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice* (7th ed., p. 264). Elsevier.
6. 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
7. National Center for Chronic Disease Prevetion and Health Promotion (NCCDPHP). (2021). About Chronic Diseases. Centers for Disease Control and Prevention.  
<https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Enfermedades no trasmisibles.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
9. 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.

10. Peñarrieta-de Córdova, I., Barrios, F.F., Gutiérrez-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>
11. 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.
12. 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>
13. 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>
14. 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>
15. Sue, D.W. & Sue, D. (2015). *Counseling the culturally diverse. Theory and practice*. Wiley.
16. 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>
17. 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.

18. 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).

#### **DATOS DE LOS AUTORES.**

1. **Janeth Wendolyne Molina Sánchez**, Candidato a Doctor en Ciencias de Enfermería por Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Docente de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila, México. E-mail: [Wendolyne.molina@uadec.edu.mx](mailto:Wendolyne.molina@uadec.edu.mx)
2. **Milton Carlos Guevara Valtier**, Doctor en Educación, Profesor Inventor e Investigador Nacional Nivel 2 CONAHCYT. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. E-mail: [autor.mcgv@gmail.com](mailto:autor.mcgv@gmail.com) **Autor de Correspondencia.**
3. **Juana Mercedes Gutiérrez Valverde**. Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor Inventor e Investigador Nacional Nivel 1 CONAHCYT, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. E-mail: [juanymeche@yahoo.com.mx](mailto:juanymeche@yahoo.com.mx)
4. **Silvia Guadalupe Soltero Rivera**. Doctorado en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Parcial. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León, México. Candidato Investigador Nacional, CONAHCYT. E-mail: [silviasoltero1972@hotmail.com](mailto:silviasoltero1972@hotmail.com)
5. **Nora Hernández Martínez**. Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor Inventor e Investigador Nacional Nivel 1 CONAHCYT, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. E-mail: [atay06no@gmail.com](mailto:atay06no@gmail.com)
6. **Martha Pérez Fonseca**. Candidato a Doctor en Educación. Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán. Coordinadora de Maestría en Ciencias de Enfermería. México. E-mail: [marperez@uv.mx](mailto:marperez@uv.mx)

**RECIBIDO:** 8 de julio del 2024.

**APROBADO:** 10 de agosto del 2024.