



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Escuela Superior de Huejutla



Automanejo y miedo a la muerte en personas con diabetes mellitus tipo II e hipertensión

Licenciatura en Enfermería

Gail Adiel Ramírez Hernández

Matricula 434448

Directora: Alma Rosa Barajas Espinosa

Co-directora: Mayra Samira de León Ramírez

Huejutla de Reyes

Gail Adiel Ramírez Hernández

PRESENTE:

Con fundamento en el Reglamento de Titulación, Capítulo I Artículos 37 al 41 y reunidos los miembros del Jurado de tesis, Director de tesis, y Codirector de tesis con el sustentante **Gail Adiel Ramírez Hernández** con número de cuenta **434448** de la licenciatura en **Enfermería** el día **23 de abril de 2026** en la **Escuela Superior de Huejutla a las 15:00 horas**, este Jurado ha determinado aprobar la impresión de la tesis con el fin de continuar con el proceso de realización de examen recepcional en la **Escuela Superior de Huejutla, 8 de mayo y 17:00 horas** propuesta por este Jurado y aprobada por la coordinación del PE.

Sin otro particular, quedo de usted y aprovecho para enviarle un afectuoso saludo.

Huejutla de Reyes, Hidalgo, a 24 de abril de 2026

Atentamente
Jurado de tesis

Presidente



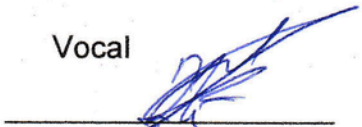
Reyna Isela Lara Zavala

Secretario



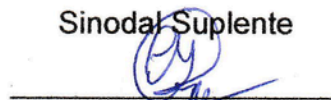
Katia Angélica Urbina Valencia

Vocal



Fernando de Santiago Rivera Sánchez

Sinodal Suplente



Erika González Domínguez

Director de Tesis



Alma Rosa Barajas Espinosa

Codirector de Tesis



Mayra Samira de León Ramírez

Dedicatoria

Dedico la presente tesis, de manera especial, a mis maestras y maestros, quienes a lo largo de mi formación académica compartieron generosamente sus conocimientos, experiencia y vocación docente. Su guía, exigencia y compromiso fueron fundamentales para el desarrollo de mi pensamiento crítico y profesional, dejando una huella significativa en mi crecimiento académico y personal.

Asimismo, expreso mi profundo agradecimiento a mis directoras de tesis, la Dra. Alma Rosa y la Dra. Mayra Samira de León Ramirez, por su acompañamiento constante, su orientación experta y su paciencia durante todo el proceso de elaboración de este trabajo. Su apoyo y dedicación fueron clave para la culminación de esta etapa tan importante de mi formación.

A mis compañeros, con quienes compartí aprendizajes, esfuerzos y desafíos, gracias por el apoyo mutuo y por formar parte de este camino que hoy llega a su meta. Este logro es reflejo del trabajo conjunto, la perseverancia y el compromiso compartido a lo largo de la licenciatura.

Agradecimientos

Expreso mi sincero agradecimiento a mis amigas Leslie, Daniela y Yatziri, quienes fueron compañeras del tema de la presente investigación. Si bien el desarrollo del trabajo fue realizado por mí, su iniciativa y aportaciones iniciales resultaron fundamentales para el planteamiento del proyecto. Asimismo, valoro profundamente los momentos compartidos a lo largo de este proceso, los cuales contribuyeron de manera significativa tanto a mi formación académica como personal.

A mis compañeros de Enfermería, a Angela en especial, les agradezco las experiencias compartidas y los aprendizajes adquiridos, no solo en el ámbito académico, sino también en el humano. Cada vivencia a su lado fortaleció mi formación integral y reafirmó mi compromiso con la profesión.

A mis maestras y maestros, manifiesto mi profundo agradecimiento por la transmisión de conocimientos, la orientación académica y el acompañamiento brindado durante mi formación. Su vocación docente y su exigencia académica fueron pilares esenciales en el desarrollo de mis competencias profesionales y valores éticos.

A las personas que participaron de manera voluntaria en la aplicación de las encuestas, expreso mi reconocimiento y gratitud por su disposición y colaboración, ya que su participación fue indispensable para la obtención de información relevante y el cumplimiento de los objetivos de esta investigación.

A mis amigas del servicio social del Instituto Politécnico Nacional, Dafne y Pao, y a mi amigo Aldo de ICSa, los cuales conocí en el Instituto Nacional de Perinatología, agradezco el apoyo, la colaboración y los aprendizajes compartidos durante esta etapa, la cual representó un espacio importante para mí crecimiento académico y profesional.

Índice

Resumen.....	6
Capítulo 1. Introducción	8
Capítulo 2. Marco Referencial	11
Automanejo.....	12
Factores que afectan el automanejo	13
Miedo a la muerte	14
Miedo a la muerte, sus dimensiones y su relación con el automanejo.....	15
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos.....	19
Capítulo 3. Metodología	19
Diseño de estudio.....	19
Población	19
Muestra y Muestreo	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión	20
Criterios de eliminación.....	20
Instrumentos de captura	20
Procedimientos de la recolección de los datos.....	21
Análisis estadístico.....	22
Capítulo 4. Resultados	22
Datos sociodemográficos de los participantes de estudio.....	22
Análisis descriptivo de las variables de estudio.....	24
Confiabilidad de los Instrumentos	24
Prueba de Ajuste de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S).....	26
Estadística Inferencial.....	26
Capítulo 5.....	27

Discusión	27
Conclusión	30
Recomendaciones	32
Capítulo 6.....	33
Capitulo7.....	38
Anexos	38
7.1. Aprobación de protocolo.....	38
7.2. Consentimiento informado.....	39
7.3. Encuesta sociodemográfica.....	41
7.4. Automanejo de su enfermedad crónica	43
7.5. Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester.....	46
7.6. Portada de publicación	48

Resumen

Introducción: Las personas con diabetes o hipertensión (o ambas) presentan síntomas que en ocasiones desconocen y pueden condicionar miedo a morir de la enfermedad afectando el automanejo de esta y el apego a tratamiento. **Objetivo:** Determinar la relación entre el automanejo general y el miedo a la muerte en personas con Diabetes Mellitus tipo II (DMII) e Hipertensión Arterial (HTA) pertenecientes a la sociedad de Huejutla de Reyes, Hidalgo México. **Metodología:** Estudio transversal/correlacional de 100 personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus II e Hipertensión. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó estadística descriptiva y rho de Spearman. Se aplicaron los instrumentos Partners in Health (PIH) y Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. **Resultados:** Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la dimensión proceso de miedo a la muerte y manejo de signos/síntomas del automanejo ($r = -0.198, p < .05$) **Conclusión:** No existe relación entre miedo a morir y el automanejo de la enfermedad. Sin embargo, existe relación entre el proceso de miedo a la muerte y manejo de signos/síntomas del automanejo de la enfermedad, lo que significa que a mayor manejo de los signos y síntomas menor es el miedo al proceso de la muerte.

Palabras claves: Autocuidado; Miedo a morir; enfermedades crónicas; diabetes mellitus; hipertensión arterial; enfermería

Abstract

Introduction: Individuals with diabetes or hypertension (or both) may experience symptoms that they are sometimes unaware of, which can lead to fear of dying from the disease, affecting self-management and adherence to treatment. **Objective:** To determine the relationship between general self-management and fear of death in individuals with Type II Diabetes Mellitus (DMII) and Arterial Hypertension (HTA) from the society of Huejutla de Reyes, Hidalgo, Mexico. **Methods:** A cross-sectional/correlational study of 100 individuals with a diagnosis of Type II Diabetes Mellitus and Hypertension was conducted. Non-probabilistic convenience sampling was used. Descriptive statistics and Spearman's rho were utilized. The Partners in Health (PIH) and Collet-Lester Fear of Death Scale instruments were applied. **Results:** A statistically significant evaluation was found between the process dimension of fear of death and management of signs/symptoms of self-management ($r = -0.198$, $p < .05$). **Conclusion:** There is no relationship between fear of dying and self-management of the disease. However, there is a relationship between the process of fear of death and management of signs/symptoms of self-management of the disease, which means that better management of signs and symptoms is associated with less fear of the death process.

Keywords: Self-care; Fear of dying; Chronic diseases; Diabetes mellitus; Hypertension; Nursing.

Capítulo 1. Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, son aquellas que una vez diagnosticadas, permanecen debido a que su tratamiento es paliativo y no curativo. Entre estas enfermedades, se incluye la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica, ambas son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de estilo de vida. A nivel mundial, se calculan 17 millones de muertes en la población menor de 70 años, correspondiente al 86% de las muertes totales (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2025). En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), en el año 2021 se reportó una prevalencia de adultos con diabetes de 13.4 millones, y de 30 millones de casos con hipertensión arterial sistémica (Shamah-Levy et al., 2022). Particularmente en el estado de Hidalgo, se reportó que el 60.3% de los adultos de 40 a 60 años sufren hipertensión arterial sistémica y el 45.4% padece diabetes mellitus (Romero-Martínez et al., 2022; Shamah-Levy et al., 2022).

En referencia al panorama epidemiológico descrito, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son consideradas un problema de salud pública de importancia nacional por sus altos índices de mortalidad, debido a las complicaciones propias de la enfermedad y aquellas desarrolladas por problemas relacionados con su automanejo inadecuado (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2025). El automanejo de una enfermedad se define como todas aquellas acciones que realiza un paciente con respecto a su padecimiento. Incluye la toma de decisiones, capacidad de resolución de problemas, el ser proactivo y la utilización adecuada de recursos de la salud para salvaguardar su integridad y evitar el empeoramiento de su condición (Peñarrieta de Córdova et al., 2019).

Existen factores que impactan al automanejo de una enfermedad crónica. De hecho, en adultos mayores con múltiples condiciones crónicas, se encontró que entre estos factores se encuentran: los biológicos (género, edad, nivel de actividad física), los cognitivos (habilidad cognitiva, literacidad de salud), las comorbilidades (complicaciones de padecimientos, dolor, fragilidad), la salud mental (ansiedad, depresión, problemas de sueño), los factores socioeconómicos (costos asociados con cuidados, apoyo social/familiar), y la elección personal hacia comportamientos y estilos de vida saludables (Sadeghi et al., 2024).

Entre estos se destaca la esfera psicológica, esto dado que las personas con la ENT suelen experimentar problemas emocionales (Peñarrieta de Córdova et al., 2019). De hecho, personas que cursan una enfermedad crónica tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos relacionando a la enfermedad con la muerte, y por ende desarrollan el miedo a un proceso natural; estos son parte de los resultados obtenidos en este estudio que se encuentran publicados (De León-Ramírez et al., 2020).

El miedo a la muerte es aquel proceso natural, gradual y biológico, en el cual las funciones vitales se van extinguiendo en una secuencia progresiva y la persona lo experimenta como una sacudida de dolor dada después de una ruptura o un sentimiento traumático. Cabe destacar que este sentimiento no solo existe durante el sufrimiento propio, sino también después de la muerte de otros y en el presenciar del proceso de morir de otros, es un sentimiento universal y nadie está exento de sufrirlo (Kübler-Ross, 2017). Habiendo dicho esto, se ha documentado que el miedo a la muerte es muy superior en pacientes con enfermedades crónicas (Kaplan Serin & Bülbüloğlu, 2023). Dicho miedo parece desarrollarse en el momento en que se involucra la anticipación y la consciencia de la finitud de la vida y los pacientes se ven obligados a enfrentar la realidad, convergiendo componentes emocionales, cognitivos y motivacionales (Corahua Gutiérrez & Santa Cruz Espinoza, 2024).

Valorando este sentimiento inevitable, es oportuno mencionar que el automanejo es un factor que puede mejorar el estado emocional de las personas que padecen la enfermedad crónica, ya que les ayuda a responder de manera favorable a las condiciones de salud que se les presente, sobrellevar el cambio del estado emocional en relación con la progresión de la enfermedad y favorece a tener menos complicaciones de la enfermedad (Ortunio C & Guevara R, 2016). Un estudio realizado en adultos mayores encontró que la aceptación de la muerte como un proceso natural de la vida es la estrategia de afrontamiento que mejor se correlaciona con una disminución en el miedo ocasionada por esta (González-Celis Rangel & Araujo Viveros, 2010). Se puede argumentar que el automanejo es una expresión de la aceptación, ya que para el automanejo de los síntomas y complicaciones de una enfermedad se requiere primero de la aceptación consciente del estado de salud.

Consideramos de suma importancia que la disciplina de enfermería aborde el fenómeno del miedo a la muerte, ya que no existen estudios para explicar la relación entre el automanejo y miedo

a la muerte (Durán de Villalobos, 2002) aun cuando otros han encontrado asociación positiva entre variables psicológicas, como es la ansiedad y la depresión, estados de ánimo que influyen sobre un individuo con una ENT (Figuroa Varela et al., 2021). Por lo tanto, en el presente trabajo, se pretende investigar las técnicas en que la disciplina de enfermería brinde intervenciones efectivas para abordar las enfermedades crónicas y permitir la construcción de un automanejo sólido, integrando el estilo vida, basado en evidencia científica. Se ha demostrado que los grupos de ayuda de personas con diabetes mellitus liderados por profesionistas de enfermería mejoran su calidad de vida, disminuyen el uso de fármacos, tienen mejores niveles de hemoglobina glucosilada, disminuyen las complicaciones como retinopatía diabética y mejoran los aspectos relacionados a la alimentación, todo ello repercutiendo en mejor calidad de vida gracias al buen automanejo (Wendling & Beadle, 2015).

La transferencia de conocimientos de la disciplina de enfermería a la práctica clínica brinda herramientas de conocimientos a corto y largo plazo que conlleva a la generación de conciencia en pacientes con ENT. Esto asentará las bases de información clínica dirigidas al auto monitoreo y evaluación integral, para proponer estrategias en la mejora de la calidad y brindar información de cómo promover la resiliencia que permita sobrellevar las situaciones que les generan estrés, ansiedad o depresión (Ortunio C & Guevara R, 2016).

El objetivo de la presente tesis es determinar la relación entre el automanejo y el miedo a la muerte en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica residentes en la población de Huejutla de Reyes, Hidalgo.

Capítulo 2. Marco Referencial

La Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial sistémica son las dos patologías más prevalentes en el mundo (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2025) en México su prevalencia fue 13.4 millones con diabetes, y de 30 millones de casos con hipertensión arterial sistémica. Según la ENSANUT del 2021, la calidad de vida que tiene el paciente que padece estas enfermedades depende en gran medida de su cuidado, de la adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico (Shamah-Levy et al., 2022). La falta de conocimiento de la enfermedad y la evolución desfavorable frecuentemente llevan a complicaciones, incluyendo: la pérdida de extremidades, eventos isquémicos, infarto al miocardio e internamientos frecuentes (Lorig et al., 1999). La mayoría de estas complicaciones se pueden evitar a través del control glicémico y de presión desde el inicio del diagnóstico inicial; sin embargo, generalmente los afectados se dan cuenta de la importancia de la prevención hasta que las complicaciones se presentan (Grady & Gough, 2018).

En un estudio controlado aleatorizado en pacientes con enfermedades crónicas, se aplicó un programa de autogestión de enfermedades durante 6 meses, y se encontró que los pacientes que practicaban un buen automanejo de su enfermedad coincidían también con cambios positivos en los comportamientos de salud, mejora en el manejo de los síntomas, mayor comunicación con los médicos, menor malestar por la salud y/o fatiga y las experimentaban menos limitaciones en sus actividades sociales (Lorig et al., 1999). Se ha demostrado que la práctica sistemática del autocuidado y la adecuada adherencia al tratamiento médico prescrito contribuyen significativamente a la reducción de complicaciones. En particular, en los pacientes con hipertensión arterial, una adherencia terapéutica adecuada se asocia con una disminución del riesgo de accidente cerebrovascular entre un 30% y un 43%, así como con una reducción aproximada del 15% en el riesgo de infarto al miocardio (Ortega Cerda et al., 2018).

Existen diversos factores personales que influyen sobre el automanejo de una enfermedad crónica, incluyendo: estrés, trastornos depresivos y problemas para dormir, estos últimos pueden influir en el automanejo de la enfermedad y en la adherencia. Según la OMS son socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, relacionados con el paciente, relacionados con la enfermedad y relacionados con el equipo sanitario (Gutiérrez-Gómez et al., 2021).

Automanejo

Aunque el automanejo es un término que con frecuencia se utiliza como sinónimo de conceptos como autocuidado, autorregulación, educación del paciente y orientación, este ha evolucionado más allá de la simple práctica de proporcionar información o incrementar el conocimiento de los pacientes. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud reconoció en 2024 al automanejo como la piedra angular en la atención de personas con enfermedades crónicas; sin embargo, su conceptualización continúa siendo motivo de debate, incluso en los países donde se originó, debido a que suele confundirse y traducirse indistintamente como autocuidado, autocontrol, autogestión, autotratamiento o autoayuda (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

El automanejo consiste en cinco procesos: 1) toma de decisiones, 2) capacidad de solución de problemas, 3) ser proactivo, 4) utilización de recursos asociados a la atención de salud y 5) mejora de la autoeficacia; estos principios son fundamentales para que la persona tenga un automanejo eficaz y así evitar complicaciones innecesarias para maximizar la calidad de vida (Lorig et al., 2003). El automanejo se puede definir como aquella forma de evitar las complicaciones innecesarias, maximizar la calidad de vida con el aumento de apoyo informal y formal (Grady & Gough, 2014).

Con el tiempo el concepto de automanejo se ha redefinido como un proceso dinámico, diario e interactivo, en que las personas se involucran para manejar la propia enfermedad crónica, así como la familia, comunidad y profesionales de la salud para gestionar los signos y síntomas, el tratamiento, el cambio en el estilo de vida, consecuencias culturales y espirituales de las condiciones de la calidad (Schulman-Green et al., 2012).

El automanejo es considerado por muchos autores como aquellas tareas que las personas sanas realizan en el hogar para prevenir enfermedades, en lugar de tan solo atender una enfermedad existente, es decir “*las personas son participantes activos de su propio tratamiento*”. Para llevar a cabo de manera eficaz el automanejo se requiere de: 1) la conducta operante y 2) un estímulo de refuerzo, que enfoca el uso de estímulos del medio ambiente y de la autoeficacia (Grady & Gough, 2018).

Para aterrizar la práctica del auto cuidado, la Universidad de Flinder desarrolló un programa de automanejo basado en seis principios para tener un automanejo eficaz, dichos principios se enlistan.

1. Saber acerca de su padecimiento.
2. Seguir los planes de atención acordados con los proveedores de salud (enfermeras, médicos).
3. Compartir en la toma de decisiones, saber cómo auto manejarse, tener planes y metas, estar dispuesto y ser capaz de lograr al menos algún tipo de formación de automanejo y tener acceso al menos a algunos servicios de apoyo.
4. Monitorear y manejar los signos y síntomas de su enfermedad, ser proactivo y mantener el seguimiento de su padecimiento en vez de esperar a que los nuevos problemas surjan.
5. Manejar los efectos de su enfermedad en su vida diaria con relación a la actividad física, emocional y social.
6. Adoptar formas de vida que promueven la salud.

Los mencionados principios son la base del instrumento The Partners in Health Scale (PIH), que tiene como objetivo evaluar el comportamiento de automanejo de enfermedades crónicas. El instrumento mide la capacidad de la persona para entender y comprender la naturaleza de la enfermedad, organizar y gestionar el acceso a elementos para su cuidado, reconocer las señales de alerta temprana (Battersby et al., 2003).

Factores que afectan el automanejo

Existen determinantes que afecta el automanejo de la enfermedad crónica, los cuales están vinculados para establecer un automanejo eficaz o no, estos determinantes son los factores ambientales, sociales y emocionales.

Dentro de los factores ambientales, se incluye el entorno, los recursos en la comunidad y hogar, accesos a los servicios de salud, estos afectan debido a las disparidades demográficas, es decir, pueden estar retirados o no tener acceso a instalaciones recreativas. Asimismo, se incluye la seguridad del lugar donde se vive, la violencia del vecindario, estos dos últimos, lleva a suprimir la realización de actividad física. Además, el no contar con tiendas que vendan alimentos saludables como frutas y verduras, todo esto contribuye a que se produzcan barreras para desarrollar un adecuado automanejo (De León-Ramírez et al., 2020).

Los factores psicológicos, son un componente principal en el mantenimiento de la persona y la prevención de complicaciones propias de la enfermedad. Dentro de estos aspectos se encuentran: 1) cogniciones, 2) emociones y 3) conductas. Estos tres están interconectados y el desequilibrio de los tres factores pueden desencadenar alteraciones en la conducta e impedir la realización de las habilidades y tareas del automanejo de la enfermedad. En este sentido, la persona que padece una enfermedad crónica siempre relaciona el término de enfermedad con “muerte” y a su vez provoca estados emocionales negativos que disminuyen la habilidad de automanejo, por lo que, si la persona con la enfermedad crónica no tiene la habilidad de tener pensamientos positivos y el control emocional, no será suficiente para llevar a cabo el objetivo del automanejo (Vega Angarita & González Escobar, 2009).

Miedo a la muerte

El miedo a la muerte es una respuesta emocional ante la amenaza o peligro encadenadas a la muerte propia o la de otros (García Apolonio, 2022). La expresión de dicha emoción hacia a la muerte se ha expresado de diferentes maneras a lo largo de la historia humana, desde la incineración de los cuerpos, los sacrificados, el embalsamado, el sepultó o el luto. El *Homo Sapiens* deja claro con las pinturas rupestres del Paleolítico superior que buscaba sanar aquella interrogante de la trascendencia después de la vida terrenal (Thomas, 1993).

La muerte es un tema de tabú en la sociedad moderna, en términos reales se piensa que se puede evitar a la muerte con el simple hecho de no pensar en ella, lo cual resulta en una ideología contraproducente, ya que al no tener relación con ella el ser humano no desarrolla las herramientas necesarias para confrontar esta etapa (Vilches S., 2000). Parte de la razón de ser un tema evitado, es el temor hacia lo no conocido. Dicho temor está más desarrollado en adultos mayores o en pacientes con enfermedades terminales, al igual que en aquellos con afecciones crónico-degenerativas, ya que la etapa en la que se encuentran es incierta en la vida, de ahí que Freitas et al., plantea que la resolución de problemas es un proceso importante para la preparación ante la muerte (Freitas et al., 2016).

Por consiguiente, se considera que la muerte no se debe considerar como el último paso hacia el fin, sino a la trascendencia, la transmutación, la separación del cuerpo y el alma (Blanck-Cereijido & Cereijido, 1996), también se puede pensar en esta como una etapa de anestesia total

del cuerpo, en la cual no se experimentan los sentidos, la razón, los pensamientos, las emociones y todo aquello que antes sentíamos es escaso en su totalidad.

Entre las estrategias en adultos mayores para afrontar el concepto de muerte, se encuentran principalmente la aceptación, la evitación, el apoyo social y la inmortalidad. Adultos mayores tienden a emplear estas estrategias dependientes de su sexo, su nivel de escolaridad y con quien vive y su calidad de vida se correlacionó con su nivel de aceptación del proceso (González-Celis Rangel & Araujo Viveros, 2010). Otros investigadores también han encontrado una correlación negativa entre el nivel de miedo a la propia muerte y la calidad de vida del individuo. Los hombres y las personas sin empleo experimentan mayor miedo a la muerte de terceros, así como también hacia su propia muerte (Duran-Badillo et al., 2020). Agregado a esto, pacientes sufriendo de Diabetes Tipo 2, una ENT, presentaron mayor miedo a la muerte durante la pandemia COVID-19 en conjunto con una elevación en su autocuidado tanto de la Diabetes como cuidado preventivo de COVID (Kaplan Serin & Bülbüloğlu, 2023).

Miedo a la muerte, sus dimensiones y su relación con el automanejo

El miedo a la muerte es una respuesta emocional ante la amenaza real o percibida de la propia muerte o la de otros, caracterizada por sentimientos de ansiedad, angustia e incertidumbre. Este fenómeno es inherente a la experiencia humana; sin embargo, su intensidad y manifestación varían en función de factores individuales, culturales y del estado de salud de las personas. En el contexto de las enfermedades crónicas, este miedo adquiere particular relevancia debido a la consciente exposición al deterioro físico y a la conciencia progresiva de la finitud de la vida. Asimismo, se ha documentado que las personas con enfermedades crónicas presentan mayores niveles de miedo a la muerte en comparación con la población general, asociado a la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad y la posible aparición de complicaciones (Duran-Badillo et al., 2020).

Desde una perspectiva multidimensional, el miedo a la muerte no se limita al evento final, sino que comprende diversas dimensiones que permiten analizar de manera más profunda la experiencia emocional del individuo. Entre estas destacan el miedo al proceso de morir y el miedo al sufrimiento, los cuales representan formas específicas en que las personas anticipan las condiciones en las que podría ocurrir la muerte. En este sentido, el miedo a la muerte se configura como un constructo amplio que integra temores relacionados tanto con el desenlace final como con las experiencias previas a este (Kaplan Serin & Bülbüloğlu, 2023; Lebel et al., 2020)

En particular, el miedo al proceso de morir se refiere a la respuesta emocional anticipatoria asociada a las condiciones que preceden al fallecimiento, tales como el deterioro progresivo del organismo, la pérdida de capacidades físicas y la disminución del control sobre el propio cuerpo. Esta dimensión implica la percepción de una etapa de vulnerabilidad en la que el individuo puede experimentar dependencia funcional, incertidumbre respecto a la evolución de su enfermedad y limitaciones en su autonomía. La posibilidad de enfrentar un proceso prolongado de deterioro constituye un elemento central en la generación de este tipo de miedo, especialmente en personas con enfermedades crónicas (Kaplan Serin & Bülbüloğlu, 2023). Vinculado a lo anterior, el miedo al sufrimiento emerge como un componente esencial del miedo al proceso de morir, ya que se relaciona con la anticipación del dolor físico, el malestar psicológico y el deterioro en la calidad de vida. El sufrimiento, en este contexto, no se limita a la dimensión corporal, sino que incluye aspectos emocionales y sociales, como la ansiedad, la depresión y el aislamiento. De esta manera, la expectativa de experimentar dolor o pérdida de bienestar intensifica la percepción negativa del proceso de enfermedad y refuerza el temor hacia la muerte (Eyles et al., 2015).

En conjunto, estas dimensiones adquieren mayor relevancia en personas que padecen enfermedades crónicas, debido a que estas condiciones incrementan la probabilidad de experimentar un curso prolongado de deterioro, así como la presencia de síntomas persistentes y limitaciones funcionales. La incertidumbre sobre el futuro, la posible aparición de complicaciones y la pérdida progresiva de la independencia contribuyen significativamente al desarrollo de estos miedos, afectando el estado emocional del individuo. En este contexto, el automanejo de la enfermedad crónica se posiciona como un elemento clave para la adaptación del paciente, ya que implica la capacidad de la persona para tomar decisiones, resolver problemas, monitorear síntomas y adherirse al tratamiento con el fin de mantener su estabilidad de salud. Un adecuado automanejo permite al individuo desarrollar un mayor sentido de control sobre su enfermedad, lo cual puede influir de manera positiva en la disminución de la ansiedad y el miedo asociados al proceso de morir y al sufrimiento (De León-Ramírez et al., 2020).

Por el contrario, un automanejo deficiente puede incrementar la percepción de vulnerabilidad y descontrol, favoreciendo la aparición de emociones negativas relacionadas con la enfermedad y la muerte. La incapacidad para reconocer signos y síntomas, así como la falta de adherencia al tratamiento, puede intensificar la incertidumbre y el temor ante posibles

complicaciones, reforzando el miedo al proceso de morir y al sufrimiento (Duran-Badillo et al., 2020). Sin embargo, el fortalecimiento del automanejo, a través de intervenciones educativas y de acompañamiento por parte del personal de enfermería, contribuye no solo al control clínico de la enfermedad, sino también al bienestar emocional del paciente. En este sentido, el desarrollo de habilidades para el manejo de síntomas y la toma de decisiones favorece la percepción de autoeficacia, lo cual puede disminuir el miedo asociado a la pérdida de control y al deterioro progresivo (Eyles et al., 2015).

En consecuencia, la relación entre el miedo a la muerte y el automanejo de la enfermedad crónica debe entenderse como un proceso dinámico en el que interactúan factores físicos, emocionales y sociales. El abordaje integral de estas dimensiones permite no solo mejorar la calidad de vida del paciente, sino también fortalecer su capacidad de afrontamiento ante la enfermedad y sus implicaciones, consolidando así el papel de la enfermería en el cuidado holístico de las personas con padecimientos crónicos (Kaplan Serin & Bülbüloğlu, 2023).

Justificación

La Diabetes Mellitus tipo II y la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) constituyen dos de las principales enfermedades crónicas no transmisibles con mayor prevalencia a nivel nacional e internacional, asociadas a complicaciones que impactan negativamente la calidad de vida de los pacientes y generan una elevada carga para los sistemas de salud. En México, su control representa un desafío prioritario, particularmente en comunidades con condiciones socioculturales y económicas diversas, donde los recursos disponibles para la atención integral suelen ser limitados.

En este contexto, resulta fundamental analizar la capacidad de automanejo de los pacientes que viven con estas enfermedades, dado que el autocuidado y la adherencia terapéutica son determinantes para prevenir complicaciones, mantener un adecuado control metabólico y disminuir la frecuencia de hospitalizaciones. La literatura científica ha señalado que factores sociodemográficos, culturales y clínicos influyen de manera significativa en el automanejo, lo cual justifica la necesidad de estudios que permitan comprender estas relaciones en poblaciones específicas.

La sociedad de Huejutla de Reyes, Hidalgo, presenta características que hacen pertinente su estudio, ya que en ella existe un número considerable de personas diagnosticadas con Diabetes

Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica, cuyas condiciones de vida pueden incidir en la forma en que enfrentan su enfermedad. Evaluar su capacidad de automanejo mediante instrumentos validados, como la Partner in Health Scale (PIH), proporcionará información confiable y objetiva acerca del conocimiento, la adherencia al tratamiento y el manejo de signos y síntomas.

El diseño de investigación descriptivo, correlacional y transversal permite identificar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con el automanejo, generando evidencia científica que contribuirá al fortalecimiento de estrategias de promoción y prevención en salud. Los resultados de este estudio no solo aportarán información relevante para la comunidad académica, sino que también podrán servir como base para la planificación de intervenciones comunitarias y la toma de decisiones en los servicios de salud locales, orientadas a mejorar la atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas.

En consecuencia, esta investigación se justifica por su aportación al conocimiento científico y su aplicabilidad práctica, al generar datos que permitan optimizar los programas de atención en salud y fomentar un automanejo efectivo en personas que viven con Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo (H_1)

Existe una relación significativa entre el miedo a la muerte y la capacidad de automanejo en personas con Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica de Huejutla de Reyes, Hidalgo.

Hipótesis nula (H_0)

No existe relación significativa entre el miedo a la muerte y la capacidad de automanejo en personas con Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica de Huejutla de Reyes, Hidalgo.

Objetivo General

Determinar la relación entre el automanejo y el miedo a la muerte en personas con Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las personas con Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica de Huejutla de Reyes, Hidalgo
2. Determinar la relación entre automanejo y miedo a la muerte de las personas con Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica de Huejutla de Reyes, Hidalgo.

Capítulo 3. Metodología

Diseño de estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal según lo descrito en la teoría de la investigación en enfermería (Grove & Gray, 2019).

Población

La población estuvo conformada por personas con diagnóstico confirmado de Diabetes Tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica con diagnóstico mínimo de un año que residen en la población de Huejutla de Reyes, Hidalgo.

Muestra y Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, en una muestra de 100 participantes. Los participantes se reclutaron en la consulta externa de los Centros de Salud de Parque Poblamiento, Hospital Regional de la Huasteca, Clínica Hospital del ISSSTE y directamente en sus domicilios de las colonias aledañas a los centros de salud.

Criterios de inclusión

Se incluyeron personas de ambos sexos con edades por arriba de 40 años, con diagnóstico confirmado de mínimo un año de Diabetes Mellitus Tipo II o Hipertensión Arterial Sistémica, que

aceptaran participar voluntariamente en el estudio y con previa autorización, así como la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellas personas que tuvieran diagnóstico confirmado de depresión por medio de la encuesta sociodemográfica, en la cual se preguntaba acerca de este padecimiento, que consumieran algún medicamento psicotrópico, mujeres embarazadas y aquellos pacientes con algún problema mental que impidiera contestar los instrumentos de medición. Se eligió a participantes no sin antes preguntarles el tiempo con el que vivían con su patología, solamente se aplicaba el cuestionario a aquellas personas con diagnóstico confirmado y en automático se descartaban todas aquellas no relacionadas con el estudio y se descartaron todas aquellas que llenaran mal el cuestionario, es decir que lo dejaron incompleto, o que no colocaron su firma en el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

Se eliminaron todos aquellos pacientes con cuestionarios incompletos.

Instrumentos de captura

Cédula de datos sociodemográficos

En la presente investigación se aplicó una cédula de datos sociodemográficos que constó de 2 partes: 1) datos sociodemográficos de la persona (edad, años cumplidos, estado civil, ocupación, años de escolaridad terminada y tipo de religión) y la segunda parte se preguntó antecedentes de la enfermedad (tipo de enfermedad crónica que padece, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la(s) enfermedades crónicas en caso de tener dos o más).

Automanejo

Para determinar la capacidad automanejo, se utilizó la escala de The Partner In Health Scale (PIH), validada Peñarrieta-de Córdova y colaboradores (Peñarrieta de Córdova et al., 2019). El instrumento consta de 12 ítems con opciones de respuesta en escala de Likert que van desde 0 a 8. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.8 y una estructura factorial de tres dimensiones: 1. conocimiento (ítems 1 y 2), 2. adherencia (Ítems 3, 4, 5, 6, 7 y 8) y 3. manejo de signos y síntomas (ítems 9, 10, 11 y 12). Para la interpretación de la escala se realiza una sumatoria total de todos los ítems y se estandariza a 100, entre más se acerque a 100, es mejor el automanejo. Dicho

instrumento se valida en diversos contextos latinoamericanos con un α entre 0.82 y 0.86, lo que confirma la confiabilidad del instrumento (Carrillo-González & Vergara-Escobar, 2021; Díaz-Rentería et al., 2020).

Miedo a la muerte

Para evaluar el miedo a la muerte, se aplicó la escala Miedo a la Muerte de Collett-Lester (EMMCL), creada en 1969, la cual es la más adecuada para estudiar el miedo a la muerte, la cual ha sido ya validada inclusive en población mexicana (Mondragon-Sanchez et al., 2020). La escala está compuesta por 28 ítems con opciones de respuesta de tipo Likert con opción de respuesta que va desde mucho (6 puntos) hasta nada (1 punto). Es un instrumento multidimensional autoadministrado que contiene un total de 28 ítems y cuatro dimensiones (7 ítems para cada una), a saber: a) miedo a la muerte propia, b) miedo al proceso de morir propio, c) miedo a la muerte de otros, y d) miedo al proceso de morir de otros. Se obtiene un puntaje total y por cada subdimensión; luego se divide por 28, que es el número de ítems promediando las respuestas respectivamente. Por tal razón, concomitante a ello, y según las puntuaciones, se clasifican en: miedo bajo a la muerte (0-1), miedo moderado bajo a la muerte (1-2), miedo moderado a la muerte (2-3), miedo moderado alto a la muerte (3-4) y miedo alto a la muerte (4-5); en razón a esto, las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir.

Procedimientos de la recolección de los datos

Se sometió el protocolo de investigación al Comité de Ética de la Escuela Superior No. 1 de la Universidad Autónoma de Guerrero (UAGro), el cual lo dictaminó como aprobado y le asignó el No. De Registro ESE-229-2023 (véase Anexos) para poder realizar la investigación, posterior a la aplicación, se acudió a la consulta externa de los centros de Salud de Parque Poblamiento, Hospital Regional de la Huasteca, Clínica Hospital del ISSSTE y directamente en sus domicilios de las colonias aledañas a los centros de salud en Huejutla de Reyes Hidalgo, se les aplicó la cédula de recolección de datos, la escala de The Partner In Health Scale (PIH) para evaluar el automanejo y la escala Miedo a la Muerte de Collett-Lester (EMMCL) en aquellos pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial Sistémica previo consentimiento informado y finalmente se les agradecía su participación.

Consideraciones Éticas

El estudio se sometió al Comité de Ética de la Escuela Superior No. 1 de la Universidad Autónoma de Guerrero (UAGro) con número de Registro ESE-229-2023 (véase Anexos). Asimismo, se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud según el título segundo, capítulo I, de acuerdo con los artículos 13 y 14 sobre la investigación en seres humanos. Asimismo, se contó con el consentimiento informado que fue por escrito y de forma física, el cual fue aprobado por el comité de ética. Además, se protegió la confiabilidad de los participantes mediante la asignación de número en los instrumentos esto de acuerdo con el artículo 16. Conforme al artículo 17, el estudio se consideró de riesgo mínimo ya que los participantes solo contestaron los instrumentos en lápiz y papel.

Análisis estadístico

Los datos se capturaron y posteriormente procesados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS en sus siglas en inglés) versión 22 para Windows, se realizó depuración de los datos, Se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos con medidas de tendencia central y de dispersión, posteriormente se aplicó la confiabilidad de los instrumentos a través del Alfa de Cronbach. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar el uso de la distribución de los datos, el cual determino el uso de la prueba de Correlación de Spearman

Capítulo 4. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la presente investigación en el siguiente orden: datos sociodemográficos de los participantes de estudio, análisis descriptivo de las variables de estudio, confiabilidad de los instrumentos, prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov; y finalmente la estadística inferencial.

Datos sociodemográficos de los participantes de estudio

La población de estudio tuvo un promedio de edad de 55.9 años con edad mínima de 45 hasta 71 años; el promedio de escolaridad o grado de estudios fue de 9.3 años, sólo 2 pacientes

eran analfabetas, el 29% tenían secundaria, el 20% tenían licenciatura y 1 tenía maestría. El 60% fueron mujeres; el 74% estaban casados o en unión libre, practicaban la religión católica el 80% (Tabla 1). Con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II fueron el 53% y 47% tenían Hipertensión Arterial, con promedio de años de diagnóstico de 7.14 (Tabla 2).

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la muestra de estudio

Variable	f / Media (± DE)	% / Rango
Edad (años)	55.9 (± 6.55)	74 (45–71)
Años de estudio	9.3 (± 5.01)	65 (0–17)
Sexo		
Mujer	60	60
Hombre	40	40
Estado civil		
Casado	28	28
Unión libre	46	46
Viudo	18	18
Divorciado	1	1
Soltero	7	7
Religión		
Católica	80	80
Cristiana	17	17
Testigos de Jehová	3	3

Nota: Cédula de datos sociodemográficos

Tabla 2.

Enfermedades crónicas degenerativas

Diagnóstico	f	%
Diabetes	53	53
Hipertensión	47	47

Nota. Cédula de datos sociodemográficos

Análisis descriptivo de las variables de estudio

Al evaluar el automanejo, se encontró que la mayoría tiene un de índice promedio de 63.73; siendo la dimensión de conocimiento la más baja con un promedio de 61.93, seguida de manejo de los signos y síntomas con 63.27 y la dimensión con mayor puntaje fue la de adherencia con 65.34 (Tabla 3).

Tabla 3

Automanejo de la enfermedad

Dimensión	Mínimo	Máximo	\bar{x}	DE
Índice general	16.67	100.00	63.73	21.96
Conocimiento	0.00	100.00	61.93	30.54
Manejo de signos y síntomas	4.17	100.00	63.27	28.95
Adherencia	18.75	100.00	65.34	19.57

Nota. Encuesta de automanejo

Se encontró que el miedo a morir fue moderado en el 81% de la población y alto en el 19% (Tabla 4).

Tabla 4

Miedo a la muerte

Nivel de miedo a la muerte	<i>f</i>	%
Miedo moderado a la muerte	81	81
Miedo alto a la muerte	19	19

Nota. Encuesta de miedo a la muerte

Confiabilidad de los Instrumentos

Para la escala de Partner in Health Scale se obtuvo α de Cronbach de 0.83 y en la escala de Collett-Lester de miedo a la muerte se encontró una α de Cronbach de 0.86

Tabla 5

Confiabilidad de los instrumentos

Instrumento	No. de ítems	α de Cronbach
Collett-Lester	28	.86
Automanejo (PIH)	12	.83

Nota. Encuesta de miedo a la muerte y encuesta de automanejo

Prueba de Ajuste de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Para evaluar si los instrumentos se distribuían de manera normal se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S), para el instrumento de miedo a la muerte se obtuvo una significancia de $p=0.009$ y para el instrumento de automanejo una $p =0.002$, de tal manera que se procedió a aplicar la prueba de correlación de Rho de Spearman (Tabla 6).

Tabla 6

Prueba de Kolmogorov -Smirnov para las variables de estudio

Variable	K-S	gl	p
Miedo a la muerte	0.105	100	.009
Automanejo	0.116	100	.002

Nota. Encuesta de miedo a la muerte y encuesta de automanejo. K-S= Kolmogórov-Smirnov; p = significancia estadística

Estadística Inferencial

Para dar respuesta al objetivo general del presente estudio, se realizó la prueba de Rho de Spearman, no se encontró una relación significativa entre el miedo a morir y el índice general de automanejo ($r_s= -0.113$; $p=265$), así mismo cuándo se analizó por dimensión no se encontró significancia estadística entre el conocimiento, el manejo de los signos y síntomas ni la adherencia con el miedo a morir (Tabla 7).

Tabla 7

Correlación entre Miedo a la muerte y dimensiones de automanejo.

Variable	Índice general de automanejo	Conocimiento	Manejo de signos y síntomas	Adherencia
Miedo a la muerte	.133	.196	.155	.020
Valor p	.265	.051	.124	.842

La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Sin embargo, en las correlaciones entre las dimensiones, se encontró correlación negativa estadísticamente significativa entre la dimensión proceso de muerte propia con la dimensión manejo de signos y síntomas del automanejo ($r_s = 0.198$; $p < 0.05$) (ver Tabla 8).

Tabla 8

Correlación entre las dimensiones de miedo a la muerte y dimensiones de automanejo

Dimensiones del miedo a la muerte	Conocimiento	Manejo de signos y síntomas	Adherencia
Muerte propia	.166	.098	-.074
Valor <i>p</i>	.100	.332	.465
Proceso de muerte propia	.189	-.198*	.092
Valor <i>p</i>	.100	.048	.363
Muerte de otros	-.034	.106	-.044
Valor <i>p</i>	.736	.292	.664
Proceso de muerte de otros	.645	.160	.079
Valor <i>p</i>	.100	.111	.437

La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Capítulo 5

Discusión

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre el automanejo de la enfermedad crónica y el miedo a la muerte en personas con Diabetes Mellitus tipo II (DM2) e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) de la población de Huejutla de Reyes, Hidalgo.

En primer lugar, la caracterización sociodemográfica de la muestra mostró que la mayoría de los participantes fueron mujeres, con una media de edad de 55.9 años y con predominio de un nivel educativo de secundaria incompleta. Estos hallazgos concuerdan con estudios realizados en población mexicana con enfermedades crónicas, en los que las mujeres representan una proporción importante debido a su mayor contacto con los servicios de salud y su rol activo en el autocuidado (De León-Ramírez et al., 2020). Además, el predominio de la unión libre como estado civil podría relacionarse con determinantes sociales como la menor escolaridad y recursos económicos, lo cual

influye directamente en el acceso a servicios sanitarios y en la capacidad para mantener un automanejo adecuado (Ortega Cerda et al., 2018; Shamah-Levy et al., 2022).

En relación con el automanejo, el índice global obtenido ($\bar{x} = 63.7$) refleja un nivel subóptimo, particularmente en la dimensión de conocimiento ($\bar{x} = 61.9$), lo que evidencia áreas de oportunidad en la comprensión de la enfermedad y su manejo. Este resultado es consistente con reportes previos en contextos de bajos recursos, donde la educación en salud es limitada y la continuidad de la atención resulta irregular. En este sentido, se ha documentado que la educación estructurada en automanejo mejora significativamente el control de la enfermedad, la comunicación médico-paciente y la reducción de complicaciones (Malibrán-Luque et al., 2021). Sin embargo, en contextos poblacionales como Huejutla de Reyes, estos beneficios pueden verse limitados por desigualdades estructurales en salud, lo cual coincide con lo planteado por otros grupos de investigación respecto a las barreras en el acceso y la calidad de los servicios sanitarios (Grady & Gough, 2018).

En cuanto al miedo a la muerte, el 81% de los participantes reportó niveles moderados y el 19% niveles altos, lo que coincide con estudios que señalan que las personas con enfermedades crónicas presentan niveles más elevados de miedo ante la muerte en comparación con la población sana (Corahua Gutiérrez & Santa Cruz Espinoza, 2024; Kaplan Serin & Bülbüloğlu, 2023). Este fenómeno puede explicarse por la mayor conciencia de la finitud de la vida y la anticipación de posibles complicaciones, lo que genera estados emocionales negativos (García Apolonio, 2022).

Al analizar la relación entre automanejo y miedo a la muerte, no se encontró una correlación significativa global, lo que sugiere que el miedo a morir no actúa como un obstáculo directo para el automanejo en esta población. Este hallazgo difiere de lo reportado por Kaplan Serin y Bülbüloğlu (2023) durante la pandemia por COVID-19, quienes identificaron que actitudes negativas ante la muerte se relacionaban con un menor automanejo en pacientes con DM2. Una posible explicación de esta diferencia es el papel de la religiosidad y la cosmovisión cultural en poblaciones rurales mexicanas, donde la fe y las prácticas tradicionales funcionan como estrategias de afrontamiento emocional, mitigando el impacto del miedo sobre las conductas de salud (González-Celis Rangel & Araujo Viveros, 2010; Vilches S., 2000).

No obstante, se halló una correlación negativa significativa entre la dimensión “proceso de muerte propia” y la dimensión “manejo de signos y síntomas”. Este resultado indica que las personas con mayor capacidad para reconocer y manejar síntomas presentan menor miedo al proceso de morir. Este hallazgo es coherente con estudios que muestran que un mayor sentido de control y autoeficacia reduce la ansiedad ante la muerte (Eyles et al., 2015a; Schulman-Green et al., 2012). En otras palabras, el automanejo efectivo puede funcionar como un factor protector emocional, al mejorar la percepción de control sobre la enfermedad.

En este sentido, se sugiere la implementación de intervenciones de enfermería orientadas al abordaje integral del paciente, que incluyan la psicoeducación sobre la enfermedad para mejorar su comprensión y disminuir la incertidumbre. Asimismo, es pertinente incorporar estrategias para el manejo de la ansiedad, así como intervenciones cognitivas dirigidas a la identificación y modificación de pensamientos catastróficos relacionados con la enfermedad y la muerte. De igual manera, la conformación de grupos de apoyo puede favorecer el intercambio de experiencias, el fortalecimiento del apoyo social y la adaptación emocional.

De igual forma, se recomienda incorporar el acompañamiento tanatológico como parte de las intervenciones dirigidas a personas con enfermedades crónicas, con el propósito de abordar de manera integral las implicaciones emocionales asociadas a la enfermedad y la muerte. En este contexto, resulta fundamental promover espacios de diálogo que permitan expresar y reflexionar sobre el miedo a la muerte, así como favorecer la aceptación del proceso de enfermedad. Asimismo, estas intervenciones deben orientarse a la resignificación de la vida y al fortalecimiento del sentido de vida, contribuyendo a una mejor adaptación emocional y a una atención centrada en la persona.

Finalmente, la ausencia de relación significativa entre el miedo a la muerte y el automanejo global plantea interrogantes interesantes sobre el papel de factores culturales, religiosos y emocionales como mediadores. Se recomienda realizar estudios con metodologías mixtas para explorar en profundidad estos factores y comprender cómo influyen en la conducta de automanejo en comunidades rurales mexicanas. Los resultados de este estudio permiten analizar de manera crítica la relación entre el automanejo de la enfermedad crónica y el miedo a la muerte en personas con Diabetes Mellitus tipo II (DM2) e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) de Huejutla de

Reyes, Hidalgo. Sin embargo, se apertura un número de preguntas adicionales, como lo es la relación entre prácticas religiosas, o incluso la autopercepción de la fe religiosa, con el automanejo de la enfermedad y con el sentimiento de muerte. Estudios fenomenológicos y etnográficos se sugieren para indagar a futuro sobre esta temática.

Conclusión

El presente estudio permitió identificar el nivel de automanejo y el miedo a la muerte en personas con Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica en un contexto rural de México, evidenciando limitaciones en el conocimiento de la enfermedad, en la gestión de signos y síntomas y en la adherencia terapéutica. Asimismo, se observó un miedo a la muerte predominantemente moderado, lo que refleja la presencia de preocupaciones emocionales asociadas al curso de las enfermedades crónicas.

En relación con el objetivo general, si bien no se encontró una relación significativa entre el automanejo global y el miedo a la muerte, se identificó una asociación estadísticamente significativa en una dimensión específica. En particular, la correlación negativa entre el miedo al proceso de morir y la capacidad para manejar signos y síntomas evidencia la existencia de una relación parcial entre las variables, lo que sugiere que ciertos componentes del automanejo pueden influir en la experiencia emocional del paciente.

Este hallazgo demuestra que el fortalecimiento de habilidades prácticas de automanejo puede contribuir a disminuir la carga emocional de la enfermedad, especialmente en lo referente al temor hacia el proceso de morir. En este sentido, se resalta la importancia de no abordar el automanejo únicamente desde una perspectiva clínica, sino integrando la dimensión emocional como parte fundamental del cuidado.

Para la enfermería en México, los resultados reafirman el papel estratégico del profesional como agente educativo, acompañante y facilitador del empoderamiento del paciente. El estudio aporta evidencia para diseñar intervenciones más sensibles al contexto sociocultural, orientadas a promover el reconocimiento temprano de signos y síntomas, mejorar la toma de decisiones en el autocuidado y abordar el miedo a la muerte como parte del proceso de adaptación a la enfermedad crónica.

En el ámbito del sistema de salud mexicano, los hallazgos subrayan la importancia de fortalecer las acciones del primer nivel de atención mediante programas de automanejo accesibles, continuos y culturalmente pertinentes. La integración de componentes educativos y emocionales en los servicios comunitarios permitiría mejorar el control de enfermedades crónicas, reducir complicaciones y contribuir a una atención más humana, integral y centrada en la persona.

En conjunto, esta investigación aporta elementos que pueden orientar la práctica, la formación y el diseño de políticas de enfermería hacia modelos de cuidado que reconozcan al paciente como sujeto activo, considerando tanto sus capacidades de automanejo como sus experiencias emocionales en torno a la enfermedad y la muerte. Esto representa un avance para la consolidación de la enfermería como ciencia aplicada al cuidado integral dentro del sistema de salud en México.

Finalmente, se reconoce que el cuidado emocional de las personas con enfermedades crónicas continúa siendo limitado en el primer nivel de atención, a pesar de los cambios derivados del contexto post pandemia. Por lo tanto, se sugiere implementar estrategias que integren la valoración sistemática del estado emocional en la consulta externa, con el fin de identificar oportunamente síntomas negativos y fortalecer la atención integral del paciente.

Recomendaciones

En relación con los resultados obtenidos se recomiendan las siguientes adecuaciones metodológicas y/o estudios a futuro. 1. Utilizar muestras probabilísticas más grandes para poder explorar la asociación entre manejo de los signos y síntomas con el proceso de muerte propio. 2. Aplicar las variables de estudio estratificada por edades, sexo, estado civil y religión. 3. Realizar estudios de causa-efecto para estudiar la relación en las variables manejo de los signos y síntomas con el proceso de muerte propia, debido a que la prueba de Rho de Spearman no es una prueba de causa-efecto. 4. Estudiar si la evolución de la enfermedad contribuye al miedo a la muerte propia, debido a que las personas con ciertas complicaciones de su enfermedad pueden sentir más cerca de llegar al fin de la vida.

Capítulo 6

Referencias

- Battersby, M. W., Ask, A., Reece, M. M., Markwick, M. J., & Collins, J. P. (2003). The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health, 9*(3), 41–52. <https://doi.org/10.1071/PY03022>
- Blanck-Cerejido, F., & Cerejido, M. (1996). *La vida, el tiempo y la muerte*. Fondo de la Cultura Ecomómica.
- Carrillo-González, G. M., & Vergara-Escobar, O. J. (2021). Adaptación cultural y validez del instrumento PIH para medir comportamientos de automanejo en cáncer. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 39*(2), 1–9. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341816>
- Corahua Gutiérrez, M. J., & Santa Cruz Espinoza, H. (2024). Soledad y ansiedad ante la muerte en adultos mayores. *Revista Cubana de Enfermería, 40*, 1–13. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v40/1561-2961-enf-40-e6161.pdf>
- De León-Ramírez, M. S., Peñarrieta-de Córdoba, M. I., León-Hernández, R., Gutiérrez-Gómez, T., Piñones-Martínez, M. S., & Quintero-Valle, L. M. (2020). Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión. *Enfermería Universitaria, 17*(1), 5–15. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.681>
- Díaz-Rentería, M., Díaz-Díaz, G., Soto-García, A., Campa-Aguilera, K., Ulloa-Ruvalcaba, N., Medina-González, M., Rodríguez-Hernández, J., & Sánchez-González, V. (2020). Nivel de automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Médico-Científica de La Secretaría de Salud Jalisco, 31–37*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sje201e.pdf>
- Duran-Badillo, T., Maldonado Vidales, M. A., Martínez Aguilar, M. de la L., Gutierrez Sánchez, G., & Ávila Alpírez, H. (2020). Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. *Enfermería Global, 19*(2), 287–304. <https://doi.org/10.6018/eglobal.364291>
- Durán de Villalobos, M. M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan, 2*(1), 7–18. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v2n1/v2n1a03.pdf>

- Eyles, C., Leydon, G. M., Hoffman, C. J., Copson, E. R., Prescott, P., Chorooglou, M., & Lewith, G. (2015a). Mindfulness for the Self-Management of Fatigue, Anxiety, and Depression in Women With Metastatic Breast Cancer. *Integrative Cancer Therapies, 14*(1), 42–56. <https://doi.org/10.1177/1534735414546567>
- Eyles, C., Leydon, G. M., Hoffman, C. J., Copson, E. R., Prescott, P., Chorooglou, M., & Lewith, G. (2015b). Mindfulness for the Self-Management of Fatigue , Anxiety , and Depression in Women With Metastatic Breast Cancer : A Mixed Methods Feasibility Study. *Integrative Cancer Therapies, 14*(1), 42–56. <https://doi.org/10.1177/1534735414546567>
- Figuroa Varela, M. del R., Aguirre Ojeda, D. P., & Hernández Pacheco, R. R. (2021). Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. *Psicumex, 11*, 1–29. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i2.397>
- Freitas, T. L. L. de, Banazeski, A. C., Eisele, A., de Souza, E. N., Bitencourt, J. V. de O., & Souza, S. S. de. (2016). La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería Global, 15*(41), 322–334. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/revision2.pdf>
- García Apolonio, M. (2022). Enfermedad y miedo a la muerte. *Antiguos Jesuitas En Iberoamérica, 10*(1). <https://doi.org/10.31057/2314.3908.v10.33879>
- González-Celis Rangel, A. L., & Araujo Viveros, A. V. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Kairós Gerontología, 13*(1), 167–190. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4868>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *American Journal of Public Health, 104*(8), e25–e31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2018). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *American Journal of Public Health, 108*(S6), S437–S444. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041s>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7th ed.). Elsevier Inc.

- Gutiérrez-Gómez, T., Peñarrieta-de Cordova, M. I., Malibrán-Luque, D. J., Piñones-Martínez, M. S., Cosme-Mendoza, M., & Gaspar Meza-de Nalvarte, N. (2021). Factores emocionales asociados al automanejo en personas con diagnóstico de cáncer. *Enfermería Universitaria*, *18*(2), 192–206. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.957>
- Kaplan Serin, E., & Bülbüloğlu, S. (2023). The Effect of Attitude to Death on Self-Management in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus During the COVID-19 Pandemic. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *87*(2), 448–468. <https://doi.org/10.1177/00302228211020602>
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre la muerte y los moribundos*. Penguin Random House Grupo Editorial SA de CV.
- Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Séguin Leclair, C., Jones, G., Petricone-Westwood, D., Rutkowski, N., Ta, V., Geneviève, T., Kaflamme, S. Z., Lavigne, A.-A., Dinkel, A., & Laflamme, S. Z. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses : A systematic review on conceptualization , measurement ,. *PLOS ONE*, *15*(7), 1–48. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234124>
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H. R. (1999). Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization. *Medical Care*, *37*(1), 5–14. <https://doi.org/10.1097/00005650-199901000-00003>
- Mondragon-Sanchez, E. J., Landeros-Olvera, E., & Pérez-Noriega, E. (2020). Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett – Lester en estudiantes universitarios de enfermería de México. *MedUNAB*, *23*(1), 11–22. <https://doi.org/10.29375/01237047.3723>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, *16*(3), 226–232. <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf>
- Ortunio C, M. S., & Guevara R, H. (2016). Aproximación Teórica al Constructo Resiliencia. *Comunidad y Salud*, *14*(2), 96–105. <https://www.redalyc.org/pdf/3757/375749517012.pdf>

- Peñarrieta de Córdoba, I., Olivares, D., Gutiérrez-Gomes, T., Flores-Barrios, F., Piñones-Martínez, M. de S., & Quintero-Valle, L. M. (2019). Automanejo en personas con diabetes mellituse e hipertensión arterial en el primer nivel de atención. *Revista de Investigación de La Universidad Norbert Wiener*, 3(1), 53–62. <https://doi.org/10.37768/unw.rinv.03.01.005>
- Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arrendondo, S., Colchero, M. A., Gaona-Pineda, E. B., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Aranda, C., Gómez-Acosta, L. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Rivera-Dommarco, J., Lazcano-Ponce, E., & Shamah-Levy, T. (2022). Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 y Planeación y diseño de la Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Pública de México*, 64(5), 522–529. <https://doi.org/10.21149/14186>
- Sadeghi, H., Mohammadi Shahbolaghi, F., Hosseini, M., Fallahi-Khoshknab, M., & Ghaedamini Harouni, G. (2024). Factors associated with self-management in older adults with multiple chronic conditions: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1412832>
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N. S., Reynolds, N., & Whittemore, R. (2012). Processes of Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136–144. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x>
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M., Gaona-Pineda, E., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Arana, C., & Rivera-Dommarco, J. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19. Resultados Nacionales*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4a.go.pdf
- Thomas, L.-V. (1993). *Antropología de la muerte* (F. de C. Económica (ed.); 1st ed.).
- Vega Angarita, O. M., & González Escobar, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16, 1–11. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412009000200021>
- Vilches S., L. (2000). Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores a nivel de Educación Superior. *Revista de Psicología*, 9(1), 91. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2000.18549>

Wending, S., & Beadle, V. (2015). The relationship between self-efficacy and diabetic foot self-care. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2(1), 37–41.
<https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.01.001>

Capítulo 7.

Anexos

7.1. Aprobación de protocolo



Chilpancingo Gro. 08 de diciembre de 2023

ACTA DE COMITÉ DE ÉTICA

No. Registro: ESE-229-2023

Estimados: ME. Mayra Samira De León Ramírez, Dr. Milton Carlos Guevara Valtier, Est. Gail Adiel Ramírez Hernández, MCE. José Francisco Gongora Ek, Dra. María de los Angeles Paz Morales, Dra. Silvia Guadalupe Soltero Rivera.

Nos permitimos informarle que, tras la revisión de su documento, el Comité de Bioética de la Escuela Superior de Enfermería No. 1 ha emitido la siguiente resolución respecto al proyecto de investigación del cual usted es responsable:

Título	Resolución
Automanejo y Miedo a la muerte en personas con Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión.	Aprobado

Sin más por el momento, quedamos a sus órdenes para cualquier aclaración o duda.

Atentamente



Dra. Ma Del Pilar Pastor Duran
 Presidente


Dra. Maribel Sepúlveda Covarrubias
 Secretario

7.2.Consentimiento informado

Título del Proyecto Relación entre el miedo a la muerte y automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas

Investigador Principal Gail Adiel Ramírez Hernández

Yo,

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

Consiento en la participación en el presente estudio

sí no

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha

Firma.....

Nombre investigador

Firma del investigador.....

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,

.....

... revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación

7.3. Encuesta sociodemográfica

1. Número de folio: _____

2. Nombre: _____ (Colocar nombre (s) y apellidos)

Aspectos sociodemográficos

Edad en años cumplidos: _____

Ocupación: Ama de Casa () Profesional () Comerciante ()
 Oficio () Desempleado () Obrero ()
 Otro () especifique _____

Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado civil: Casado () Unión libre () Viudo () Divorciado () Soltero ()

Por favor marque el número que indique el año de estudio más alto que ha completado:

										0	1	2	3	4	5	6	7	
	Primaria							Secundaria	(Preparatoria)(Universidad)									

Religión:

A. Católica

- B. Cristiana
- C. Testigo de Jehová
- D. Otra (especificar_____)
- E. Ateo

Padece alguna enfermedad crónica

- F. Si
- G. No

En caso de que haya contestado que sí ¿Qué enfermedad padece?

- H. Diabetes
- I. Hipertensión
- J. Obesidad
- K. Diabetes e hipertensión
- L. Otra

¿Hace cuanto le diagnosticaron la primera enfermedad? (Escribir la respuesta en años)

7.4. Automanejo de su enfermedad crónica

Por favor marque con un círculo el número que considere se acerca más a su respuesta

En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es:			
1	3	5	8
Muy poco	A		Much
	lgo		o
En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su enfermedad es:			
1	3	5	8
Muy poco	A		Much
	lgo		o
Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud			
1	3	5	8
Muy poco	Al		Much
	go		o
Le comparte a su médico o trabajador de salud sobre aspectos que usted decide en sus cuidados de su enfermedad, como usar téis, recibir terapias alternativas			
1	3		8
Muy poco	A		Much
	lgo		o
Es capaz de solicitarle al médico o trabajador de salud algunos aspectos que considere deben cambiar en su tratamiento o incorporar algunas cosas que a usted le gustaría, como cambiar las medicinas, interconsultas, etc.			
1	3		8
Muy poco	Al		Much
	go		o

Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud

1	3	8
Muy poco	Al	Much
	go	o

Se mantiene al tanto sobre signos de riesgo de su enfermedad (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo):

1	3	8
Muy poco	Al	Much
	go	o

Actúa /toma medidas cuando presenta algún problema de salud derivado por su enfermedad

	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco							Much
			lgo				o	
.	Actúa /toma medidas cuando presenta un problema por su enfermedad para que no le impida realizar sus actividades físicas de rutina (caminar, las tareas del hogar):							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco							Much
			lgo				o	
0.	Actúa /toma medidas cuando presenta problemas emocionales, por ejemplo depresión, problemas para dormir.							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco							Much
			lgo				o	
1	A pesar de su estado de salud, sabe cómo manejar sus relaciones con su familia, amigos, entorno social.							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco							Much
			lgo				o	
2	En general, lleva un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, consumo moderado de alcohol, alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés):							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco							Much
			lgo				o	

7.5.Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester

Nombre _____ Fecha:.....

.....

INSTRUCCIONES:

°	¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en.....?	N ucho	M oderado	M ada
	El morir solo.			
	La vida breve.			
	Todas las cosas que perderás al morir			
	Morir joven			
	Cómo será el estar muerto/a			
	No poder pensar ni experimentar nada nunca más			
	La desintegración del cuerpo después de morir			
°	¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en	N ucho	M oderado	M ada
	La degeneración física que supone el proceso de morir			
	El dolor que comporta el proceso de morir			
	La degeneración mental del envejecimiento			
	La pérdida de facultades durante el proceso de morir			
	La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir			
	Tu falta de control sobre el proceso de morir			
	La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares			
°	¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en	N ucho	M oderado	M ada
	La pérdida de una persona querida			
	Tener que ver su cadáver			
	No poder comunicarte nunca más con ella			
	Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva			

	Envejecer solo/a, sin la persona querida			
	Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte			
	Sentirse solo/a sin ella			
°	¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en.....	N ucho	M oderado	M ada
	Tener que estar con alguien que se está muriendo			
	Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo			
	Ver cómo sufre dolor			
	Observar la degeneración física de su cuerpo			
	No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida			
	Asistir al deterioro de sus facultades mentales			
	Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia			

Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento.

7.6. Portada de publicación

Investigación

AUTOMANEJO Y MIEDO A LA MUERTE EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II E HIPERTENSIÓN

SELF-MANAGEMENT AND FEAR OF DEATH IN PEOPLE WITH TYPE II DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION

Mayra Samra De León-Ramírez

Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, Nuevo León, México
mayra.der@uanl.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0001-8497-1530>

Milton-Guevara Valtier

Profesor
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, Nuevo León, México.
milton.guevaravlt@uanl.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0002-0806-3706>

Gall Adlel Ramírez Hernández

Estudiante de la Licenciatura en Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Huejutla de Reyes, Hidalgo, México
ra434448@uaeh.edu.mx
<https://orcid.org/0009-0000-8875-3127>

José Francisco Gongora-Ek

Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, Nuevo León, México
jfgongor@uacam.mx
<https://orcid.org/0000-0001-8158-9192>

María de los Ángeles Paz-Morales

Profesora
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, Nuevo León, México
maria.pazmr@uanl.edu.mx
<http://orcid.org/0000-0002-4111-8449>