



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**La percepción de la notificación de muerte y el desarrollo de  
síntomatología depresiva y ansiosa en el cuidador de urgencias médicas**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**Alejandra Hernández Mejía**

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez

REVISOR: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Sínodo: Dra. Aime Edith Martínez Basurto

Mtro. Jorge Alvarez Martínez

Dra. Mariana Gutiérrez Lara



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INDICE**

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
CAPITULO 1: PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	4
CAPITULO 2: NOTIFICACIÓN DE MUERTE, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN .....	14
METODO .....	26
Participantes.....	26
Diseño.....	26
Medición.....	27
Procedimiento.....	37
Análisis de datos.....	41
RESULTADOS .....	42
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	51
REFERENCIAS .....	59
ANEXOS.....	69

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue describir a las personas que recibieron una notificación de muerte en el servicio de urgencias médicas del H. G. Manuel Gea González y evaluar la percepción que tuvieron de la notificación de muerte, así como la presencia o ausencia de sintomatología depresiva y ansiosa. El diseño fue exploratorio, no experimental y transversal, en donde participaron ocho cuidadores primarios informales (CPI). Se utilizó una batería creada para esta entrevista y obtener los datos sociodemográficos de los CPI mediante un cuestionario específicamente para esta evaluación; la sintomatología depresiva y ansiosa mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS); y la percepción que tuvieron los CPI de la notificación de muerte mediante una adaptación del Instrumento de Competencias GRIEV\_ING. Los resultados mostraron que son los cónyuges quienes principalmente reciben una notificación de muerte, con una edad promedio de 47.3 años (DE=9.38). Cinco de los CPI puntuaron para sintomatología ansiosa, y cuatro para depresiva. Los CPI observaron un promedio de 57.6% de conductas realizadas del protocolo GRIEV\_ING, y calificaron con un promedio de 6.1 la satisfacción con el servicio. Estos resultados parecen sugerir que la forma en que los CPI reciben una mala noticia podría estar relacionada con la satisfacción con el servicio y con el estado emocional que desarrollan. Sin embargo, se sugiere continuar desarrollando evidencia para resultados más contundentes, así como herramientas para evaluar la experiencia de los CPI al momento de recibir una notificación, además de seguimientos al medio año del fallecimiento de un ser querido con la finalidad de tener datos más oportunos del estado emocional del CPI.

Palabras clave: Cuidador Primario Informal, notificación de muerte, GRIEV\_ING, ansiedad, depresión.

## ABSRACT

The aim of this study was to describe the people received a death notification in emergency medical area of H.G Manuel Gea Gonzalez, the perception they had of that bad news, such as depression and anxiety symptomatology. It was used an exploratory, no experimental and transversal design, where eight informal primary caregivers (IPC) assessed. The results showed the spouses are who received a death notification (mean age=47.3 years old, SD=9.38). Five IPC score to anxiety symptomatology, and four IPC score to depressive symptomatology. The IPC observed 57.6% behaviours to the GRIEV\_ING Death Notification Protocol, and they assess 6.1 service satisfaction. The results suggest the death notification is associate with service satisfaction and mental health. It was suggested to continue developing evidence to conclusive results, such as evaluation instruments to assessment when ICP receiving a death notification, also the tracing at six months after the death of a loved one to evaluate emotional state of the ICP.

Keywords: Informal Primary Caregivers, death notification, GRIEV\_ING, anxiety, depression.

## CAPITULO 1: PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define en su acta constitutiva el concepto de salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social”. Sin embargo, fue hasta el año de 1978 mediante la declaración del Alma Ata que se ratificó esta definición, dejando de lado la concepción de salud como ausencia de afecciones o enfermedades.

(Organización Mundial de la Salud, 1978).

La definición de salud se ha ido modificando respecto a la evolución de las enfermedades a lo largo de la historia. Omran (1971), mediante su teoría de la transición epidemiológica, explica a través de cinco postulados cómo es que se han dado estos cambios en los patrones de salud y enfermedad de acuerdo con las características demográficas, económicas y sociológicas de los grupos poblacionales, así como las consecuencias de estas interacciones:

1. La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población, es decir, en las sociedades premodernas, los patrones de mortalidad estaban marcados por la presencia de epidemias, desnutrición crónica, enfermedades endémicas, y nulo control de la fertilidad, provocando una esperanza de vida corta. Hasta antes de 1650 la esperanza de vida era de entre 17 y 34 años, por lo que las poblaciones eran típicamente jóvenes, provocando que la tasa de crecimiento poblacional fuera lenta. A partir del siglo XVIII, la tasa de mortalidad comenzó a bajar, y ya en el siglo XX, los patrones de mortalidad fueron más estables y predecibles provocando un aumento en la esperanza de vida y un crecimiento persistente en la población mundial.

2. Durante la transición epidemiológica, se produce un cambio gradual a largo plazo en los patrones de mortalidad y el tipo de enfermedades, distinguiéndose en tres principales etapas sucesivas de transición (Omran, 1971):

- *Edad de la pestilencia y hambruna*: la mortalidad era alta y fluctuante debido a la presencia de enfermedades infecciosas y a la carencia de alimentos, con una esperanza de vida de entre 20 y 40 años, dificultando así el crecimiento de la población.
- *Era de las pandemias en retroceso*: gracias a que las epidemias se presentaron en menor frecuencia e incluso llegaron a desaparecer, la tasa de mortalidad disminuyó progresivamente y la esperanza de vida aumentó de entre 30 a 50 años.
- *Era de las enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre*: la mortalidad continúa disminuyendo y se estabiliza en niveles bajos, aumentando la expectativa de vida a más de 50 años. La fertilidad es un factor importante para que el crecimiento de la población.

Además, Omran menciona que existen tres factores que influyen en la transición de enfermedades infecciosas a enfermedades degenerativas:

- *Factor ecobiológico*: indican el equilibrio entre los agentes de la enfermedad, la hostilidad del ambiente y el nivel de resistencia del huésped.
- *Factor socioeconómico y cultural*: incluyen los estilos de vida, hábitos de salud, higiene y nutrición.

- *Factor médico y de salud pública:* son las medidas preventivas y curativas para combatir las enfermedades, como el desarrollo de terapias o tratamientos curativos y la mejora de la salud pública.
3. Los cambios más profundos en los patrones de salud y enfermedad se dan en los niños y las mujeres, es decir, gracias al decremento de las pandemias, a las medidas de saneamiento temprano y a los avances en la nutrición, se beneficiaron principalmente niños y mujeres en edad reproductiva, pues estos grupos son más susceptibles a las enfermedades contagiosas y problemas de nutrición (Omran, 1971).
4. Los cambios en los patrones de salud y enfermedad están relacionados con las transiciones demográficas y socioeconómicas que constituyen la modernización. La disminución de la tasa de mortalidad se reflejó en el aumento de la esperanza de vida, y gracias a esto, aumentó la fertilidad durante las primeras etapas de la transición epidemiológica. Sin embargo, en etapas posteriores, la mejora de la supervivencia infantil tiende a reducir las tasas de fertilidad y natalidad en por tres factores (Omran, 1971):
- *Biofisiológicos:* la alta probabilidad de que un niño sobreviva deriva en una lactancia prolongada lo que alarga el periodo posparto de la madre.
  - *Socioecómicos:* debido a una mejora en las condiciones socioeconómicas, de nutrición y de salud, se reduce el riesgo de muerte para un niño y con ello la conveniencia de tener muchos hijos, pues implica una responsabilidad económica para los padres.

- *Psicológicos*: el aumento de la supervivencia infantil tiende a debilitar el complejo social, económico y social, pues cuando los padres se dan cuenta de la alta posibilidad de que un hijo sobreviva, y de los recursos que tienen que invertir en su cuidado y educación, aumenta la probabilidad de una práctica de limitación familiar.

5. De acuerdo con las variaciones de los patrones, el ritmo, los determinantes y consecuencias del cambio demográfico, se diferencian tres modelos básicos de la transición epidemiológica (Omran, 1971):

- *Modelo clásico u occidental*: describe la transición gradual y progresiva de una alta mortalidad y alta fertilidad a una baja mortalidad y baja fertilidad en las sociedades de Europa occidental. Esta transición estuvo acompañada por un proceso de modernización marcado por mejoras socioeconómicas principalmente, lo que redujo la mortalidad.
- *Modelo acelerado*: estuvo determinado inicialmente por los procesos del modelo clásico, pero se vio beneficiado por los avances médicos y las mejoras sanitarias, por lo que el proceso fue más rápido. Este modelo es característico de Japón en donde se disminuyó la mortalidad en un tiempo muy corto
- *Modelo contemporáneo o tardío*: describe la transición completa en países en vías de desarrollo en donde se muestra una disminución en la mortalidad, pero la tasa de fecundidad sigue siendo elevada, aumentando

así el tamaño de la población y la aparición de enfermedades degenerativas.

En síntesis, la teoría de la transición epidemiológica que Omran describe, está relacionada a diversos fenómenos sociales que ha favorecido el cambio en los patrones de mortalidad y una evolución en la salud y la enfermedad. De acuerdo a esto, Armelagos, Brown, & Turner (2005) proponen que la especie humana ha padecido de tres transiciones epidemiológicas que han marcado los patrones de la salud y enfermedad. La primera de ellas estuvo marcada por la presencia de enfermedades infectocontagiosas endémicas, siendo un patrón que continúa hasta el presente. Durante la segunda transición, se disminuyeron las enfermedades infecciosas gracias al desarrollo medidas de salud pública y de nutrición, sin embargo, fue en esta etapa donde aparecieron las enfermedades crónicas y degenerativas. Armelagos et al. (2005) mencionan que la humanidad está pasando por una tercera transición epidemiológica, en donde se yuxtaponen las enfermedades infecciosas y las crónico degenerativas, es decir, están resurgiendo las enfermedades infectocontagiosas que se creían controladas, esto por la resistencia a los antibióticos, así como por la desigualdad social, ya que, en poblaciones con extrema pobreza, prevalecen enfermedades infecciosas innecesarias dada la poca higiene y la escasa prevención, mientras que en las clases más altas prevalecen las enfermedades crónicas y las degenerativas.

Gracias a estas descripciones sobre las diversas transiciones epidemiológicas que ha atravesado la humanidad, podemos entender como ha sido la evolución del proceso salud - enfermedad, pasando de la predominancia de las enfermedades infectocontagiosas a las enfermedades crónico-degenerativas.

Y es justo dentro del proceso infectocontagioso que surge el modelo biomédico. De acuerdo con Engel (1977), este modelo se basa en el pensamiento racionalista cartesiano que divide al ser humano en dos entidades: cuerpo y mente y en un pensamiento reduccionista físico, es decir, supone que el lenguaje de la química y la física bastará en última instancia para explicar los fenómenos biológicos.

En este sentido, el modelo se adapta para la atención de las enfermedades infectocontagiosas descritas por Armelagos et al. (2005) en la segunda transición epidemiológica, y se vuelve reduccionista al tratar de explicar todos fenómenos en procesos físicos y químico, y exclusionista ya que aquello que no puede ser explicado por la medicina a partir de las alteraciones biológicas, no se puede considerar como una enfermedad. Así, el modelo biomédico define a la salud como la ausencia de una enfermedad entendida como la alteración de los procesos bioquímicos asociados a un deterioro en la persona, dejando de lado las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de un padecimiento (Engel, 1977).

Si bien el modelo biomédico se adapta para la atención de las enfermedades infectocontagiosas, pues se enfoca en la búsqueda de tratamientos que redujeran la mortalidad de la población, al no tomar en cuenta los factores sociales, culturales y psicológicos de la enfermedad queda limitado para atender enfermedades que no se pueden curar como las enfermedades crónicas y las degenerativas convirtiendo la práctica médica en un modelo dogmático, en donde todo aquello que no se defina en parámetros somáticos, queda excluida de la atención a la enfermedad. Tomando en cuenta lo anterior, Engel (1977) propone el modelo biopsicosocial que se enfoca en cómo los factores sociales,

culturales y psicológicos deben ser tomados en cuenta por el personal de salud para el tratamiento de una enfermedad y que refuerza la definición de salud de la OMS.

Bajo este contexto, se sientan las bases para la creación de nuevas disciplinas o especialidades enfocadas en cubrir las necesidades sociales y psicológicas. No es casualidad que en la década de 1970, surjan nuevas disciplinas para la atención de estas demandas, como la medicina conductual, que es una interdisciplina que integra los conocimientos biomédicos y sociales para el diseño e implementación de procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes (Schwartz & Weiss, 1978). Otra de las disciplinas que tuvo un auge importante fue la Psicología de la Salud, que tomó fuerza con la creación de la División 38 en la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) y que es definida como la suma de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción de la salud, la prevención primaria, el tratamiento de las enfermedades identificando sus causas, la disfuncionalidad y la relación con la salud, y ayudando hasta el bien morir para la mejora de los sistemas de salud (Matarazzo, 1980; Sanchez-Sosa, 2016; Stone, 1988; Wallston, 1996).

Fue así como la psicología comenzó a tener una importante participación dentro de los sistemas de salud en los tres niveles de atención: en el nivel primario para la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades; en el nivel secundario para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de necesidades psicológicas; y en el tercer nivel, dentro de un trabajo interdisciplinario para el tratamiento de diferentes enfermedades como la diabetes y su control (Bădescu et al., 2016; Narayan, Kanaya, & Gregg, 2003; Plack, Herpertz, & Petrak, 2010), tratamiento conductual del dolor crónico (Block, 1982; Fordyce,

1984; Fordyce, Roberts, & Sternbach, 1985; Jensen & Turk, 2014; Patterson, 2005), abuso de sustancias (Bowen et al., 2014; Bradbury-Golas, 2013; Klimas et al., 2014; Witkiewitz & Bowen, 2010), obesidad (Gibson et al., 2012; Hartmann-Boyce, Johns, Jebb, Aveyard, & Behavioural Weight Management Review Group, 2014; Waters et al., 2011), cancer (Burish, 2000; Moorey et al., 2009; Zhang et al., 2015), entre muchas otras (Matarazzo, 1980; Wahass, 2005).

Es así, que la psicología comenzó a tener presencia en los diferentes servicios médicos como pediatría, cirugía, transplantología, nutrición, medicina interna, oncología, entre otras (Grau & Hernández, 2005), y se formaron Sociedades Científicas como las de Psicooncología (Greer, 1994; Holland, 2002), Medicina Psicosomática (Lipowski, 1986), o se apoyó en el trabajo interdisciplinario en áreas como los Cuidados Paliativos (Case, Orrange, & Weissman, 2013). Sin embargo, una de las áreas en donde la psicología ha tenido una presencia limitada, es urgencias médicas. Esta especialidad se dedica a la evaluación inicial, diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas, además, incluye la coordinación de la atención entre múltiples proveedores y la disposición de cualquier paciente que requiera de atención médica, quirúrgica o psiquiátrica ("Definition of Emergency Medicine", 2016). Adicional, a esto, en México se considera una urgencia a "todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata" ("Diario Oficial de la Federación", 2013).

Es por la misma naturaleza del servicio de urgencias médicas que la psicología no ha logrado una presencia importante, pues esta atención se apega más a un modelo biomédico en donde se da prioridad a salvaguardar la vida y función del paciente. Sin embargo,

cuando un paciente requiere de cuidado críticos, presentan vivencias angustiantes, ansiedad, depresión, desestabilización emocional, aislamiento afectivo, abatimiento y mecanismos de ajuste como la negación, justificando así la presencia del trabajo psicológico (Grau & Hernández, 2005). Adicional a esto, mencionan que no solo el paciente requiere de atención psicológica, pues el familiar o cuidador atraviesa también por una situación de incertidumbre, provocando angustia y afección emocional (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014), sin dejar de lado que en ocasiones es necesario el desarrollo de técnicas orientación familiar por los conflictos que desencadena la situación que tiene el paciente, o bien, trabajar en la preparación para enfrentamiento la muerte del paciente, el duelo, o incluso, en la persuasión a la familia para la donación de órganos (Ombres, Montemorano, & Becker, 2017), y que de acuerdo con Grau & Hernández (2005), es una tarea que recae en el psicólogo.

Si bien, la tarea de preparación de los familiares para enfrentar la muerte de un paciente es responsabilidad del psicólogo, comunicar la noticia de que el paciente falleció, es tarea del médico, quien no siempre cuenta con la preparación necesaria para afrontar esta situación (Brown et al., 2009).

Cuando un familiar recibe una mala noticia, se pueden presentar reacciones desfavorables como llanto, negación ira, crisis, entre otras. (Cabodevilla, 2007; Shoenberger, Yeghiazarian, Rios, & Henderson, 2013), y que, es seguida por un proceso de duelo, sentimientos de negación o culpabilidad e incluso pensamientos suicidas (Naik, 2013; Shoenberger et al., 2013). Sin embargo, aún no existe suficiente evidencia empírica del impacto que puede tener la notificación de muerte de un familiar en la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva desarrollada posteriormente por los familiares que

recibieron dicha noticia, por lo que se genera una necesidad importante de desarrollar trabajos que permitan identificarlos. Por tal motivo, en el siguiente capítulo se abordan diferentes aproximaciones sobre el impacto que tiene la comunicación de una mala noticia, y específicamente, una notificación de muerte en la salud mental del cuidador en urgencias médicas.

## **CAPITULO 2: NOTIFICACIÓN DE MUERTE, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

En los servicios hospitalarios y específicamente, dentro del servicio de urgencias médicas es frecuente que el personal de salud se vea obligado a comunicar una mala noticia a los pacientes o familiares que reciben la atención (Parrish, Holdren, Skiendzielewski, & Lumpkin, 1987). Una mala noticia es definida como cualquier información que produce una reacción o alteración negativa en una persona sobre sus expectativas del presente o futuro, además, da lugar a un déficit cognitivo, conductual o emocional que persiste durante algún tiempo después de las noticias son recibidas (Buckman, 1984; Ptacek & Eberhardt, 1996).

De acuerdo con Toutin-Dias, Daglius-Dias, & Scalabrini-Neto (2016), las malas noticias que se comunican con más frecuencia en el servicio de urgencias son aquellas que informan sobre un nuevo diagnóstico, ya sea una enfermedad o condición clínica grave en dónde pelagra la vida del paciente, o bien, comunicar la muerte de un paciente.

Se calcula que en el servicio de urgencias, la tasa de mortalidad está entre el 0.1% y 0.7% (Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, & Department of Health and Human Services, 2015). De acuerdo con un estudio realizado por Rodríguez Maroto et al. (2004), del total de las defunciones que hay en un hospital, el 15% se presentan en el servicio de urgencias médicas. En Estados Unidos, durante el 2015 fallecieron 195,000 personas en urgencias médicas, lo que representa una tasa de mortalidad de entre el 0.1% del total de pacientes que visitan el servicio (Centers for Disease Control and Prevention et al., 2015).

Durante el 2017, se recibieron en los servicios de urgencias de los hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México a 657,127 pacientes, de los cuales fallecieron 2,113, que representa una tasa de mortalidad del 0.3% (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2018).

Brown et al. (2009) reportaron que dar una mala noticia es una experiencia fisiológicamente y psicológicamente estresante para los médicos, sobre todo en médicos que carecen de experiencia para llevar a cabo esta tarea, lo que desencadena una serie de síntomas como alteración en la frecuencia cardiaca, agotamiento y fatiga. Existen diversos factores que hacen difícil la tarea de comunicar una mala noticia como el miedo de causar dolor al paciente que recibe la información, sentirse incómodo ante el estrés generado en el paciente por la mala noticia, miedo de ser culpado, miedo a la falla terapéutica, miedo a ser demandado y enfrentar un problema legal, miedo a decir "no sé", o bien, miedo a expresar emociones y sentimientos (Alves de Lima, 2003).

Fallowfield & Jenkins (2004) reportan que una mala comunicación entre médicos y familiares impacta de forma negativa al hospital ya que se disminuye la percepción de la calidad, causando insatisfacción con el servicio médico y un aumento de quejas hacia la institución de salud. Por ejemplo, en México, de acuerdo con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2018), del total de quejas presentadas durante el 2017, el 16% se deben a problemas presentados en la relación médico-paciente.

Si bien, para los médicos dar una mala noticia es una tarea difícil, para los familiares, recibir la noticia de que su paciente ha fallecido, puede generar diversas reacciones desfavorables psicológicas, físicas y sociales (Cabodevilla, 2007). Las reacciones físicas que presentan los familiares ante la muerte de un ser querido son, llanto, crisis, resequedad

de la boca, sensación de vacío en el estómago, sensación de presión en el pecho o en la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, disnea, palpitaciones, falta de energía, tensión muscular, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, pérdida de peso, mareos, (Cabodevilla, 2007), así como, un aumento en la presión arterial, además se incrementa el riesgo de un abuso de sustancias y el desarrollo una enfermedad cardíaca y cáncer (Shoenberger et al., 2013).

La muerte de un ser querido generalmente es seguida por un proceso de duelo, pero también se presentan pensamientos o conductas suicidas, sentimientos de negación, ira o una sensación de culpabilidad, estrés postraumático, así como dificultades para concentrarse y alteraciones en la memoria (Naik, 2013; Parkes, 1998; Shoenberger et al., 2013). Cuando la muerte es repentina y violenta, como un suicidio, homicidio, o por un accidente o desastre natural, los familiares perciben el fallecimiento de su familiar como injusto, intensificado por sentimientos de incredulidad e ira, y son más propensos a desarrollar un duelo patológico o prolongado, así como estrés postraumático (Clements, DeRanieri, Vigil, & Benasutti, 2004).

La muerte de un ser querido altera también las relaciones sociales e interpersonales, es decir, se afecta la forma en la que el deudo es percibido por los demás y se generan nuevos estereotipos para él, además de sensaciones de soledad y aislamiento de su círculo social (Osterweis, Solomon, & Green, 1984).

Reed et al. (2015) mencionan que las reacciones de los familiares ante la muerte de un ser querido van a depender de una serie de factores personales como la edad, la relación o cercanía con el paciente fallecido, empero, suponen que comunicar una mala noticia de

manera inadecuada, podría afectar negativamente al estado emocional de una persona, además, podría provocar un impacto a largo plazo en pacientes y familiares que difícilmente va a ser reversible (Munoz Sastre, Sorum, & Mullet, 2011; Ptacek & Eberhardt, 1996; Ptacek, Fries, Eberhardt, & Ptacek, 1999; Reed et al., 2015).

Generalmente, la pérdida de un familiar conlleva un periodo de duelo que puede ser acompañado y complicado por la presencia de depresión, ansiedad e incluso, ideación suicida (Shoenberger et al., 2013). Con base en lo anterior, se podría suponer que la forma en la cual el personal de salud da una mala noticia y específicamente, comunica una notificación de muerte, puede repercutir en el desarrollo de problemas emocionales a largo plazo.

Con la finalidad de identificar los estudios respecto a la problemática anterior, se realizó una revisión a la literatura enfocada en la relación entre la notificación de muerte de un paciente y el impacto que tiene en el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa en los cuidadores primarios informales en el área de urgencias médicas. Esta revisión se hizo entre abril y octubre del 2018 en bases de datos como: Cochrane, PubMed, PsycInfo, CINAHL Science, Scielo y Redalyc con los términos MeSH y "text word": Truth disclosure, breaking bad news, bad news, bad news communication, death notification, depression, depressive symptoms, anhedonia, hopeless, mood disorder, sadness, anxiety, grief, emergency hospital service, emergency unit, emergency room, emergency department, critical care, intensive care. A continuación, se realizará una descripción de los estudios que han abordado el tema:

En un estudio realizado por Munoz Sastre et al. (2011), cuyo objetivo fue determinar cómo los pacientes juzgaban la aceptabilidad de los médicos en la comunicación de malas noticias, participaron 245 adultos que habían recibido alguna mala noticia en el pasado y nueve médicos. Mediante un diseño de combinaciones de cinco factores (nivel de malas noticias, solicitar o no al paciente venir con el cónyuge o pareja; intento o no del médico por averiguar las expectativas del paciente sobre los resultados de la prueba; presencia o ausencia de apoyo emocional; y provisión o no de información completa y comprensible), tanto médicos como pacientes, indicaron la aceptabilidad de la conducta de los médicos al dar malas noticias a los pacientes. Se encontró que más del 95% de la varianza en los juicios de aceptabilidad de los pacientes estaba explicado por la calidad de la información brindada y el apoyo emocional por parte de los médicos. Sin embargo, los pacientes reportaron que aunque los médicos presenten una buena calidad en la información dada, ésta no compensaba la falta de apoyo emocional por parte de los médicos; mientras que los médicos reportaban que sí era posible compensar la falta de apoyo emocional con información de buena calidad, es decir, los médicos deberían tomar en cuenta que los pacientes esperan altos niveles de la empatía y la calidad de la información, sin importar que tan malas sean las noticias (ver Tabla 1).

Toutin-Dias et al. (2016) realizaron un estudio en donde el objetivo principal era medir las percepciones entre el médico, el paciente y los miembros de la familia sobre el uso del protocolo SPIKES para la notificación de malas noticias en el servicio de urgencias médicas, en el cual participaron 73 médicos, 69 familiares y 4 pacientes. De los familiares que recibieron la mala noticia, 51(73.9%) de ellos eran mujeres y 18(26.1%) eran hombres y 51(73.9%) mujeres, con una media de edad de 42.5 (DE=14.0); 35(50.7%) era hijos,

15(21.7%) eran cónyuges, 8(11.6%) hermanos y 11(16%) tenían otro parentesco. El estudio consistió en la aplicación de un cuestionario basado en las seis categorías del protocolo SPIKES inmediatamente después de que los médicos residentes daban la notificación de la mala noticia, encontraron que hay un nivel bajo de concordancia entre las percepciones de los médicos y los receptores de la información. A pesar de que tanto médicos como receptores de información, coincidían en que la comunicación de la mala noticia fue clara y sin el uso de términos técnicos, hubo una discrepancia en la percepción del manejo de las respuestas emocionales, siendo los receptores de información quienes tenían una mejor percepción del manejo de las emociones por parte de los médicos (calificándolos con 3.7, DE=0.6 en una escala del 1-4) que los mismos médicos (2.9 DE=0.6; ver Tabla 1).

En un estudio realizado por Capone (2016), en donde uno de los objetivos era conocer el impacto de la eficacia de la comunicación entre médico-paciente y la salud mental, se evaluaron a 110 pacientes ambulatorios de un servicio hospitalario al sur de Italia mediante una batería de autoinforme que media las creencias de los pacientes sobre su capacidad para manejar exitosamente situaciones problemáticas relacionadas con la comunicación con el médico, el bienestar emocional, social y psicológico, el estado de salud de las personas en general, así como para las enfermedades psiquiátricas no serias, y la frecuencia con que presentaban de dolores de cabeza, estómago y espalda. Los resultados de este estudio sugieren que los pacientes esperan que los médicos presenten una conducta amigable, de respeto, interesados, sin prejuicios y sensibles. Además, sugieren que la autoeficacia de comunicación de los pacientes con el médico y la percepción de respeto por parte del médico está asociada de manera positiva con la salud mental de los pacientes (ver Tabla 1).

En otro estudio realizado por Gebhardt et al. (2017) a 270 pacientes con cáncer en Universitären Cancer Center Hamburg en Alemania cuyo objetivo fue evaluar las preferencias de los pacientes para la comunicación de las malas noticias, así como el ajuste de los médicos a estas preferencias y cómo el desajuste entre las preferencias de los pacientes y la comunicación médica impactan en la angustia psicológica de los pacientes. El contenido de las malas noticias era evaluado con una lista de preguntas desarrolladas específicamente para este fin; también se utilizó una Escala de Preferencias de los Pacientes (MPP) para evaluar las preferencias de los pacientes para la comunicación de malas noticias, y se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la escala de desmoralización (DS-Scale) para obtener información sobre angustia. Se encontró que cuando los médicos dan una mala noticia sin considerar las preferencias del paciente se asocia con el desarrollo de ansiedad ( $\bar{x}= 7.36$  DE= 4.10) y depresión ( $\bar{x}= 6.70$  DE= 4.27) en pacientes con enfermedades tempranas y avanzadas (ver Tabla 1).

Fujimori et al. (2014), realizaron un ensayo controlado aleatorizado cuyo objetivo fue identificar los efectos de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación para oncólogos basado en las preferencias del paciente. Participaron 30 oncólogos y 1181 pacientes del Hospital del Centro Nacional de Cáncer en Tokio. Para este estudio los oncólogos fueron evaluados en una línea base con pacientes y consultas simuladas, y asignados aleatoriamente a un grupo control o a un grupo de intervención que recibió un taller de habilidades de comunicación. Al terminar el taller del grupo de intervención y dos semanas después para el caso del grupo control, los pacientes de los oncólogos participantes que acudieron a sus consultas de seguimiento, los evaluaron con una batería que medía la satisfacción con la comunicación de su oncólogo, la confianza en el oncólogo,

y niveles de angustia mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). No se encontraron diferencias significativas respecto a la satisfacción con la comunicación del oncólogo y la confianza en el oncólogo, sin embargo, se reportó que los niveles de angustia psicológica fueron menores en los pacientes de los oncólogos del grupo de intervención (ansiedad  $\bar{x}$ = 4.83 DE=3.75; depresión  $\bar{x}$ = 4.59 DE=3.75) en comparación con los del grupo control (ansiedad  $\bar{x}$ =5.17 DE=3.42; depresión  $\bar{x}$ = 5.32 DE=4.04) con una diferencia significativa para depresión (ver Tabla 1).

*Tabla 1 Notificación de muerte de pacientes y el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva en CPI*

<i>Autor</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Diseño</i>	<i>Resultados</i>	<i>Limitaciones</i>
Munoz Sastre, Sorum, & Mullet, (2011)	Determinar cómo los pacientes juzgan la aceptabilidad de los médicos en la comunicación de malas noticias.	245 adultos que habían recibido alguna mala noticia en el pasado y nueve médicos. Diseño transversal, no experimental. Mediante un diseño de combinación de cinco factores, médicos y pacientes indicaban la aceptabilidad de la conducta de los médicos al dar malas noticias a los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El 95% de la aceptabilidad de los pacientes fue explicado por la calidad de la información brindada y el apoyo emocional por parte de los médicos.</li> <li>• Los pacientes reportaron que, aunque los médicos presenten una buena calidad en la información, no se compensa la falta de apoyo emocional de los médicos.</li> <li>• Los médicos reportaron que sí era posible compensar la falta de apoyo emocional con información de buena calidad.</li> </ul>	Este estudio se enfoca en cuáles son las conductas de los médicos esperadas por pacientes que reciben una mala noticia, sin embargo, no abordan específicamente el impacto que tiene en la salud mental el que los médicos cumplan o no con dichas expectativas.
Toutin-Dias, Daglius-Dias, & Scalabrini-Neto, (2016)	Comparar las percepciones entre el médico, el paciente y familiares sobre el uso del protocolo SPIKES para la comunicación de malas noticias en el servicio de urgencias médicas.	73 médicos, 69 familiares y cuatro pacientes. Diseño transversal, no experimental. Se aplicó un cuestionario de seis categorías del protocolo SPIKES contestado inmediatamente después de que los médicos residentes comunicaban una mala noticia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos, pacientes y familiares coincidieron en que la comunicación de la mala noticia fue clara y sin uso de términos técnicos.</li> <li>• Bajos niveles de concordancia de la percepción del manejo de las respuestas emocionales entre médicos y receptores de la información.</li> </ul>	Este estudio evalúa las diferencias de las percepciones entre médicos, personas que reciben una mala noticia, sin embargo, esta mala noticia no era sobre la muerte del paciente atendido en urgencias médicas y no aborda el impacto que tiene en la salud mental.
Capone, (2016)	Conocer el impacto de la eficacia de la comunicación entre médico-paciente en la salud mental.	74 pacientes ambulatorios de una clínica de medicina general. Diseño transversal, no experimental. Se evaluaron las creencias de los pacientes sobre su capacidad para manejar exitosamente situaciones problemáticas relacionadas con la comunicación con el médico; el bienestar emocional, social y psicológico; el estado de salud de las personas en general; enfermedades psiquiátricas no serias; y se registraron la frecuencia con que presentaban dolores de cabeza, estómago y espalda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes esperan que los médicos presenten una conducta amigable, de respeto, interesados, sin prejuicios y sensibles.</li> <li>• Los pacientes sugieren que la autoeficacia de comunicación de los pacientes con el médico y la percepción de respeto por parte del médico está asociada de manera positiva con la salud mental de los pacientes.</li> </ul>	Este estudio aborda cómo una buena o mala comunicación médico- paciente impacta en el bienestar físico y emocional de los pacientes, sin embargo, no se relaciona con las malas noticias ni con la muerte de un ser querido.

Autor	Objetivos	Diseño-muestra-instrumentos	Resultados	Limitaciones
Gebhardt et al., (2017)	Evaluar las preferencias de los pacientes para la comunicación de las malas noticias, así como el ajuste de los médicos a estas preferencias y cómo el desajuste entre las preferencias de los pacientes y la comunicación médica impactan en la angustia psicológica de los pacientes	270 pacientes con cáncer en Universitären Cancer Center Hamburg en Alemania. Diseño transversal, no experimental. Se evaluó el contenido de las malas noticias con una lista de preguntas desarrollada específicamente para este fin; se utilizó una Escala de Preferencias de los Pacientes (MPP) para evaluar las preferencias de los pacientes para la comunicación de malas noticias, y se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la escala de desmoralización (DS-Scale) para obtener información sobre angustia.	Cuando los médicos dan una mala noticia sin considerar las preferencias del paciente se asocia con el desarrollo de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades tempranas y avanzadas.	Este estudio evalúa las preferencias de los pacientes para recibir una mal noticia, y cómo los niveles de ansiedad y depresión se elevan si estas preferencias no son cubiertas por los médicos, sin embargo, no está relacionado con las notificaciones de muerte en el servicio de urgencias médicas.
Fujimori et al., (2014)	Identificar los efectos de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación para oncólogos, basado en las preferencias del paciente.	30 oncólogos y 1181 pacientes Ensayo controlado aleatorizado Los oncólogos fueron asignados aleatoriamente a un grupo control o de intervención, y evaluados en una línea base con pacientes y consultas simuladas. Posteriormente, el grupo de intervención recibió un taller de habilidades de comunicación. Al finalizar el taller del grupo de intervención y dos semanas después para el grupo control, los pacientes que acudieron a su consulta de seguimiento, evaluaron a los oncólogos con una batería que medía angustia (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]), la satisfacción con la comunicación de su oncólogo durante la consulta y la confianza en el oncólogo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes de los oncólogos del grupo control y los oncólogos del grupo experimental respecto a la satisfacción con la comunicación y con la confianza en el oncólogo.</li> <li>• Los pacientes de los oncólogos del grupo de intervención mostraron un menor nivel de ansiedad en contraste con los pacientes de los oncólogos del grupo control.</li> <li>• Los pacientes de los oncólogos del grupo de intervención mostraron una diferencia significativa en depresión en contraste con los pacientes de los oncólogos del grupo control.</li> </ul>	Este estudio evaluó cómo las habilidades de comunicación del oncólogo impactaban en la satisfacción y confianza en el oncólogo y en el estado emocional. Sin embargo, ni el entrenamiento ni la evaluación se enfocó en la comunicación de una mala noticia ni de una notificación de muerte en el contexto de urgencias médicas.

De acuerdo con la búsqueda, se encontró que existen estudios que han evaluado la percepción de las habilidades de comunicación médico - paciente (Fujimori et al., 2014), y la percepción de la comunicación de las malas noticias en ambientes hospitalarios (Munoz Sastre et al., 2011), así como la importancia que tiene la calidad y eficacia de la comunicación de las malas noticias en la salud mental (Capone, 2016; Fujimori et al., 2014; Gebhardt et al., 2017). Sin embargo, no hay evidencia empírica de que la notificación de muerte a los cuidadores primarios informales de pacientes fallecidos en urgencias médicas esté asociada con un posterior desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa. Lo anterior llama fuertemente la atención debido a que existen autores que mencionan el posible desarrollo de este problema –quizás basados en experiencia clínica- pero no muestran datos que lo sustenten (Shoenberger et al., 2013), por lo cual es factible en este momento decir que no se han publicado estudios que evalúen la relación entre la percepción de la notificación de muerte y el desarrollo de la sintomatología depresiva y ansiosa de un familiar que recibió la notificación de muerte dentro del servicio de urgencias médicas. Lo anterior es sumamente relevante, ya que esa información además de ayudar a caracterizar al fenómeno podría sentar las bases para crear evidencia que permita en un futuro tomar mejores decisiones clínicas para la atención psicosocial de estos pacientes.

Cabe mencionar que los estudios que se han realizado a nivel internacional en el contexto de urgencias médicas son escasos, presentándose la misma situación en México; además, no hay un estudio empírico que aborde la importancia de una buena comunicación médico - paciente para promover el cuidado de la salud mental, y específicamente, la importancia de buenas habilidades para notificar la muerte de un paciente y evitar el desarrollo de ansiedad y depresión en las personas que han pasado por esa situación,

tomando en cuenta las características culturales, económicas y educativas de la población mexicana.

A pesar de la falta de evidencia, parece haber indicios sobre la importancia de la comunicación de la notificación de muerte y el desarrollo de problemas emocionales en los familiares, por lo cual se torna relevante preguntarse ¿cuál es la percepción de la notificación de muerte y el nivel de sintomatología depresiva y ansiosa del Cuidador Primario Informal del servicio de Urgencias Médicas? Es así que el objetivo general de este estudio es describir a las personas que recibieron una notificación de muerte en el servicio de urgencias médicas del H. G. Manuel Gea González y evaluar la percepción que tuvieron de la notificación de muerte, así como la presencia o ausencia de sintomatología depresiva y ansiosa. De igual forma, como objetivos específicos se tuvo el identificar las características sociodemográficas de las personas que recibieron una notificación de muerte en el servicio de urgencias médicas del H. G. Manuel Gea González, además, describir la percepción de la notificación de muerte (porcentaje de pasos ejecutados correctamente por el médico que dio la noticia a través del protocolo GRIEV\_ING) en familiares de pacientes fallecidos en urgencias médicas del H.G. Manuel Gea González y por último describir la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en los familiares de pacientes fallecidos en urgencias médicas del H.G. Manuel Gea González.

## METODO

### Participantes

Los participantes fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico de tipo accidental recabados entre julio y septiembre del 2018. (véase Figura 1)

#### **Criterios de inclusión:**

- Cuidadores primarios informales de pacientes fallecidos en urgencias médicas del H.G. Manuel Gea González
- Que hayan recibido la notificación de muerte
- Mayores de 18 años
- Que decidan participar voluntariamente

#### **Criterios de exclusión**

- Cuidadores primarios que no hayan recibido la notificación de muerte en urgencias médicas del H.G. Manuel Gea González
- Cuidadores secundarios que hayan recibido la notificación de muerte en urgencias médicas del H. G. Manuel Gea González
- Menores de 18 años
- Que rechacen participar en el estudio

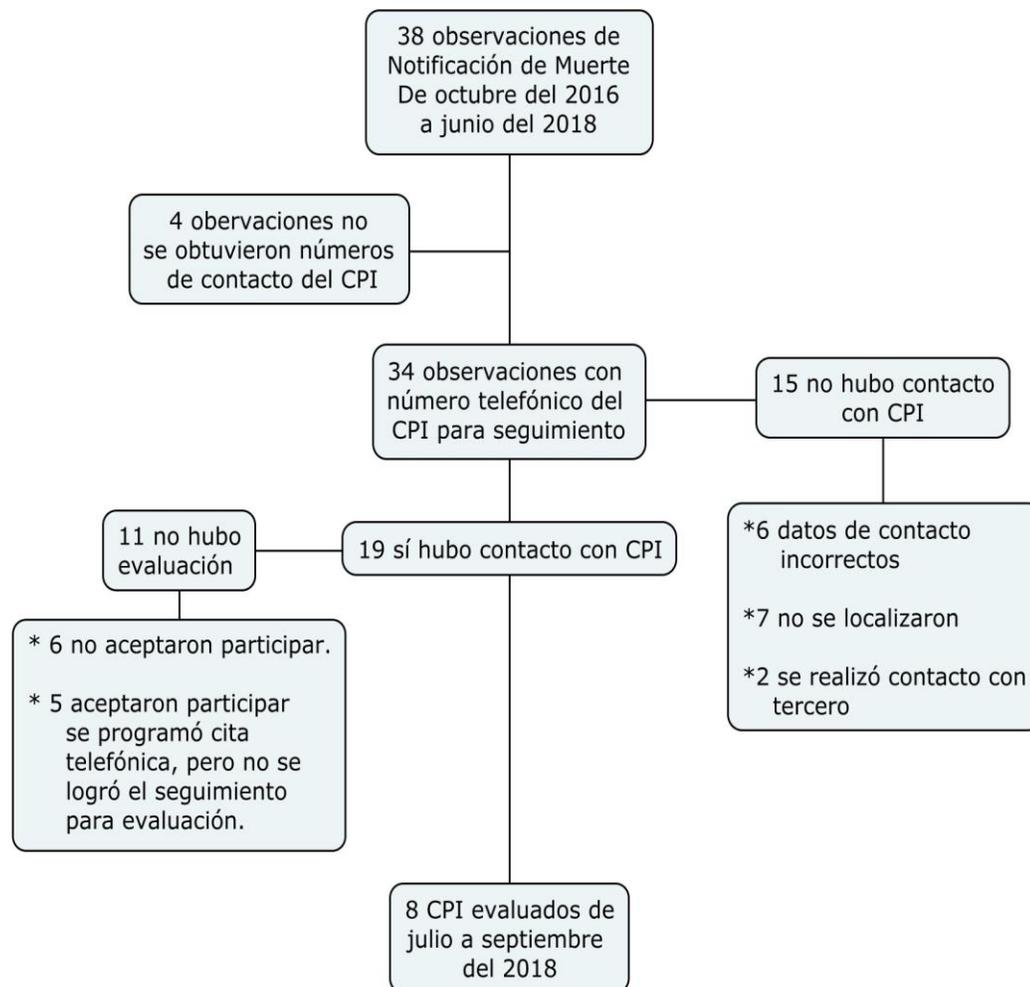
#### **Criterios de eliminación**

- Que completen menos del 70% de las baterías
- Que durante la entrevista decidan suspender la evaluación

### Diseño

Debido a que el objetivo de este estudio fue identificar las características de los cuidadores que reciben una notificación de muerte, así como la percepción que tuvieron de la misma y si presentan sintomatología depresiva y ansiosa, se optó por realizar un estudio de tipo no experimental ya que no se manipularon variables; transversal pues se hicieron las mediciones en un solo momento; y de alcance exploratorio dada la escasa evidencia que se

registra sobre el tema tanto en el ámbito nacional e internacional. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).



*Figura 1 Participantes*

## Medición

### 1) Cuidador Primario Informal (CPI)

a) Definición conceptual: Persona que brinda ayuda, apoyo o supervisión sin remuneración económica a otra persona con discapacidad, enfermedades crónicas o adultos mayores. Este apoyo puede ser emocional, económico o instrumental (Organización Mundial de la Salud, 2004).

b) Definición operacional: Los datos sociodemográficos fueron verificados y recabados en un cuestionario elaborado específicamente para esta evaluación.

## 2) Sintomatología depresiva

a) Definición conceptual: La depresión es caracterizada por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, alteraciones del sueño o apetito, cansancio y falta de concentración. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

b) Definición operacional: Se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]) que fue desarrollada por Zigmond y Snaith (1983) para la evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa considerando dimensiones cognitivas y afectivas, omitiendo aspectos somáticos y que se puede aplicar en ámbitos hospitalarios o en pacientes con enfermedades crónicas. Consta de 14 reactivos divididos en dos subescalas intercaladas de siete reactivos cada una; 7 reactivos que miden depresión, principalmente anhedonia; y 7 que miden la ansiedad. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, con un rango de puntuación total de 0 a 21 para cada subescala. Para este estudio, se ocupará la versión adaptada para población mexicana validada por (López-Alvarenga et al., 2002). Se determinó que la escala cuenta con un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para ansiedad de 0.84 y para depresión de 0.70; además demostró una correlación importante entre la calificación de ansiedad y depresión ( $r=0.70$ ,  $p<0.001$ ). Dados los análisis estadísticos de esta validación, se determinó que el punto de corte para la subescala de ansiedad es de 8 y para depresión de 7 (López-Alvarenga et al., 2002).

### 3) Sintomatología ansiosa

a) Definición conceptual: es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como aumento de presión arterial (American Psychological Association, 2018).

b) Definición operacional: Se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]) descrita anteriormente.

### 4) Percepción de la notificación de muerte

Para la evaluación de la percepción del cuidador informal primario de la notificación de muerte se ocupó una adaptación del Instrumento de Competencia GRIEV\_ING (Hobgood, Harward, Newton, & Davis, 2005) consta de 28 reactivos que evalúan en forma dicotómica (Sí realizó, No realizó) las conductas realizadas por el médico durante cada paso de la nemotecnia GRIEV\_ING para una buena notificación de muerte (G-Reunir: 1 conducta, R-Recursos: 2 conductas, I-Identificar: 5 conductas, E-Educar : 5 conductas, V- Verificar: 3 conductas, \_- Espacio: 2 conductas, I-Preguntar: 3 conductas, N-Información básica: 4 preguntas, G-dar: 3 conductas; véase tabla 2). A pesar de que el instrumento no cuenta con propiedades psicométricas, se decidió utilizarlo debido a que ha demostrado un alto grado de confiabilidad entre jueces entre el 0.76 y 0.99 (Hobgood, Tamayo-Sarver, Hollar, & Sawning, 2009), además de que ha mostrado tener mucha utilidad clínica. La calificación de este instrumento es mediante la suma de las acciones realizadas, divididas entre el número total de conductas (28) menos las acciones que no aplicaban y se multiplicaba por 100 para obtener el porcentaje correspondiente, tomando como punto de corte 55% para considerarse una buena notificación de muerte.

Tabla 2 Descripción de las conductas que sugiere el Instrumento de Competencia GRIEV\_ING con la adaptación para el estudio

Nemotecnia	Significado	Conducta del médico al CPI	Definición Operacional	No aplica cuando...
<b>G</b>	“Gather” Reunir	1. ¿Se aseguró de que más de un familiar estuviera presente antes de la notificación de muerte?	El médico preguntó al familiar: 1. Si deseaba que lo acompañara otra persona. 2. Si había alguien afuera del hospital a quien deseara que mandaran a llamar. O cualquier frase que indicara algo similar. El médico expresó esto en cualquier momento durante la notificación.	Había dos o más familiares presentes a quienes se les transmitió la notificación.
<b>R</b>	“Resources” Recursos	2. ¿Investigó acerca de los recursos de apoyo que pudieran ayudarle con su proceso de duelo? (servicios religiosos, de psicología, trabajo social, funerarios, familiares y amigos)  3. ¿Le facilitó el acceso a los recursos de apoyo?	Previo a que se transmitiera la notificación, el médico identificó los recursos que pudieran apoyar a la familia con su duelo, como trabajo social o psicología, realizando alguno de los siguientes: • Acudió al servicio de psicología a solicitar apoyo para el familiar. • Refirió el caso a psicología antes del fallecimiento. • Informó al familiar del servicio de psicología.  El médico expresó a los familiares cualquier frase que indique el acceso o presencia de algún recurso de apoyo antes de dar la notificación. Ejemplos: Presentar al personal de apoyo: “... ellas son de nuestro equipo de psicología...”.	-El px llegó directo a choque por su gravedad, no había médicos disponibles para buscar el apoyo. -Había en el área un número menor o igual a 8 personas atendiendo el caso. -El familiar reporta no tener forma de saber esta información.
<b>I</b>	“Identify” Identificar	4. ¿Le mencionó claramente el nombre de su familiar o su parentesco?	Mencionó el nombre del(a) paciente fallecido(a) o el parentesco que el familiar tenía con éste(a). Ejemplos: “¿Qué es de usted el señor <u>Juan</u> ?” “ <u>Su papá</u> ya venía muy mal”	

Nemotecnia	Significado	Conducta del médico al CPI	Definición Operacional	No aplica cuando...
		5. ¿Se presentó con usted?	El médico mencionó su nombre y/o su apellido. Pudo haber mencionado o no su cargo dentro del área de urgencias. Ejemplos: “Soy el Dr. Martínez...” “Soy el Dr. Marcos Martínez...” “... R3” “... adscrito al área de urgencias”	El familiar refiere que el médico y él (ella) ya se habían visto antes de la notificación de muerte, y el médico ya se había presentado.
		6. ¿Le mencionó claramente su papel en el cuidado de su familiar?	El médico indicó su rol en el cuidado del paciente fallecido. Ejemplos: “... soy el médico (o uno de los médicos) encargado de su papá”, “... soy uno de los médicos al cuidado de su papá”.	El familiar refiere que el médico y él ya se habían visto previamente y le había indicado su rol.
		<i>Evaluación de la comprensión</i> 7. ¿Determinó el nivel de información que usted y su familia poseían antes de su llegada al área de urgencias?	El médico preguntó a la familia qué sabían respecto a lo que le sucedió a su familiar para que tuviera que ingresar al área de urgencias. Ejemplos: “¿Qué es lo que sabe de su familiar?”, “¿Qué le han dicho de su familiar?”	
		8. ¿Le presentó una introducción adecuada? (es decir: evitó hablar con rodeos, de manera brusca sin dar aún la mala noticia)	El médico mencionó el estado de salud con el que el paciente ingresó al área de urgencias. Ejemplos: “... su familiar ingresó con dificultades para respirar...”	

Nemotecnia	Significado	Conducta del médico al CPI	Definición Operacional	No aplica cuando...
E	“Educate” Educar	9. ¿Le Indicó claramente la cronología de los acontecimientos que llevaron a la muerte de su familiar?	El médico describió cada uno de los estados que atravesó el paciente antes y/o durante su estancia en urgencias que culminaron en el fallecimiento, incluyendo las acciones por parte del personal médico y las respuestas del paciente a estas acciones. Ejemplos: “Su familiar tenía neumonía y lo tuvimos que intubar ... fue necesario aplicar antibiótico .... Cayó en paro y tratamos de reanimarlos durante 15 minutos...”	
		10. ¿Utilizó frases preparatorias para la mala noticia (como: <i>lamento informarle que... me gustaría tener mejores noticias</i> )?	El médico expresó verbalmente estas frases antes de dar la noticia.	
		11. ¿Le indicó claramente la causa de la muerte de una manera fácil de entender?	El médico expresó verbalmente, utilizando un lenguaje comprensible para el familiar, la causa clínica del fallecimiento del paciente. Ejemplos: “... debido a la trombosis que presentó, el corazón de su familiar se detuvo...”	
		12. ¿Usó un lenguaje adecuado considerando su contexto cultural y nivel escolar?	El médico se expresó en términos verbales acordes al contexto cultural y educativo de los familiares. Ejemplos: “Su familiar tenía una cetoacidosis diabética, es decir, su sangre se hizo ácido y esto provocó que su cerebro se hiciera como una pasita...”	

Nemotecnia	Significado	Conducta del médico al CPI	Definición Operacional	No aplica cuando...
		13. ¿Le proporcionó un resumen de la información importante para asegurarse de que usted entendió la noticia?	El médico reiteró o repitió la información importante, especialmente respecto a la causa médica del fallecimiento. Ejemplos: "... Hicimos todo lo humanamente posible, pero, por su edad, el corazón de su familiar no resistió el infarto..."	El familiar refirió haber comprendido de la noticia desde el principio.
V	“Verify” Verificar	14. ¿Usó la frase "ha muerto" o "ha fallecido"?	Cuando el médico indicó que el paciente murió, expresó con claridad las frases “ha muerto o murió” o “ha fallecido o falleció”. Ejemplos: “su familiar murió”, “...su corazón se detuvo”, “... su corazón dejó de latir”.	
		15. ¿Evitó utilizar eufemismos (es decir, frases como: “se ha ido”, “se nos adelantó”, “ya no está con nosotros”)?	El médico evitó intercambiar la frase “ha muerto o murió” o “ha fallecido o falleció” por frases coloquiales que podrían tener diversos significados.	
		16. ¿Evitó terminología médica o le explicó claramente estos términos cuando los utilizó?	El médico evitó utilizar términos médicos técnicos incomprensibles para los familiares. Y, en caso de haberlos utilizado, explicó cada uno de ellos. Ejemplos: “Su familiar presentó un choque séptico, es decir, su infección avanzó a muchas partes de su cuerpo...”	El familiar refiere haber tenido conocimiento previo de esos términos, ya sea porque fueron explicados en un informe, o porque conocen los términos.

Nemotecnia	Significado	Conducta del médico al CPI	Definición Operacional	No aplica cuando...
-	“Space” Espacio	17. ¿Se mostró atento y sin prisas en su interacción con usted y familia?	<p>-El médico guardó silencio y permaneció en el lugar hasta que el familiar le hizo alguna pregunta o enunció alguna frase.</p> <p>-Mostró una actitud de interés por el familiar, un rostro empático y un tono de voz cálido.</p> <p>-Pudo haber utilizado o no alguna frase empática como: “lamento mucho su pérdida”;</p> <p>-Pudo haber tocado o no a los familiares.</p> <p>-Ajusta su postura para empatar la altura de los ojos.</p> <p>Ejemplos: si los familiares están sentados, el médico se pone a su altura; usa frases empáticas; coloca su mano en el hombro del familiar.</p>	El familiar refiere tener conocimiento de que hubo algún suceso que ameritó que el médico tuviera que retirarse inmediatamente.
		18. ¿Hizo una pausa para permitir que usted y su familia asimilaran la información antes de discutir los detalles?	Luego de transmitir la noticia, el médico esperó aproximadamente entre 15 y 20 segundos antes de continuar con las indicaciones a seguir.	El familiar refiere que no hubo afectación emocional, por ejemplo: llanto, gritos, enojo; y hubo aceptación del fallecimiento.
I	“Inquire” Preguntar	19. ¿Les dio tiempo a usted y su familia para que procesaran la información, hicieran preguntas o expresaran inquietudes?	<p>Durante el tiempo de asimilación previo, los familiares pueden expresar alguna inquietud, en ese caso, el médico responde a las mismas.</p> <p>Ejemplos: “¿Qué fue lo que le pasó? Nadie se muere de una diarrea – Creemos que su esposo tenía un problema en el corazón, y eso fue lo que provocó el paro cardíaco; la diarrea no tuvo nada que ver con que falleciera”</p>	El familiar refiere que no se hicieron preguntas.

Nemotecnia	Significado	Conducta del médico al CPI	Definición Operacional	No aplica cuando...
		20. ¿Les animó a usted y a su familia a que hicieran un resumen de la información importante y comprobar su comprensión?	El médico expresó una de las siguientes frases: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntó a los familiares si tenían dudas o preguntas.</li> <li>• Preguntó a los familiares qué entendieron de lo que les informó.</li> </ul>	
		21. ¿De forma inmediata y apropiada corrigió cualquier malentendido?	En caso de que los familiares hayan tenido dudas, el médico respondió a ellas. En caso de que hubiera habido información errónea, esta se corrigió.	El familiar refiere que no tuvieron dudas o información errónea.
N	“Nuts and Bots” Información básica	22. ¿Explicó y proporcionó los siguientes detalles acerca de la atención post-mortem del paciente de forma respetuosa?  22-a. ¿Donación de Órganos?	Es necesario tomar en cuenta cualquiera de dos condiciones: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si hubo muerte cerebral, la Dra. Encargada del tema ya había hablado previamente con los familiares. En caso de que ellos dieran su consentimiento para la donación, luego de la notificación, <u>el médico dio indicaciones de los pasos a seguir.</u></li> <li>2. Si la muerte fue por accidente. <u>El médico mencionó el programa, y solicitó a los familiares su consentimiento para el mismo, en caso de que el fallecido fuese candidato.</u></li> </ol>	El paciente no era candidato a donar órganos. Esto sucede cuando la causa de muerte está determinada por alguna enfermedad crónica o infectocontagiosa.
		22-b. ¿La necesidad de una autopsia?	-El médico indicó a los familiares que era importante realizar una autopsia. -Explicó que su familiar debía ser enviado a patología para realizarla -Solicitó el consentimiento de la familia.	Quedó clara la causa de muerte y no era necesario realizarla.

Nemotecnia	Significado	Conducta del médico al CPI	Definición Operacional	No aplica cuando...
		22-c. ¿Arreglos funerarios?	El médico realizó una o ambas de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de que los familiares <u>preguntaran</u>, indicó el proceso a seguir para retirar el cuerpo del hospital.</li> <li>• <u>A petición del familiar</u>, dio información (si la tenía) respecto a funerarias cercanas; o, en su caso, les indicó quién les podía dar informar al respecto.</li> </ul>	El familiar refiere que no externaron esta duda.
		22-d. ¿Artículos personales?	En caso de que los familiares hubieran <u>preguntado</u> , el médico indicó el procedimiento a seguir para que recuperaran las pertenencias de su paciente.	-Los familiares no externaron esta duda. -No había nada que entregar.
<b>G</b>	“Give” Dar	23. ¿Se mostró accesible para responder a futuras preguntas (dudas, inquietudes) que tuvieran usted o su familia?	El médico hizo una o ambas de las siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Volvió a preguntar a los familiares si tenían dudas o preguntas, en cuyo caso, las respondió.</li> <li>2. Indicó a los familiares que, en caso de que tuvieran dudas posteriormente, podían buscarlo para responderlas.</li> </ol>	
		24. ¿Les otorgó información apropiada a usted o a su familia para ponerse en contacto con él en cualquier otro momento?	Indicó a los familiares dónde podían localizarlo (área del hospital) en caso de requerirlo, pudo haber añadido o no el horario en el que estaría y reiteró su nombre.	
		25. ¿Les otorgó información apropiada a usted o su familia para ponerse en contacto con los servicios de psicología, trabajo social, religiosos, funerarios?	El médico indicó al familiar que podía quedarse o acudir con otros equipos de apoyo, por ejemplo, el de psicología. Ejemplos: “Los dejo con las psicólogas...”. “Lo llevo a trabajo social”.	

## **Procedimiento**

En el periodo de octubre del 2016 a julio del 2018, el equipo de Psicología de Urgencias del H.G. Manuel Gea González, acudió de lunes a viernes, en un horario de ocho de la mañana a dos de la tarde a observar e indagar el estado de salud de los pacientes del área de choque del servicio de urgencias. El equipo se apoyó del médico adscrito o los residentes en turno para solicitar el pronóstico de cada uno de los pacientes, considerando como prioridad de atención psicológica a los familiares o cuidadores primarios informales (CPI) de aquellos pacientes que tenían un mal pronóstico de vida. Si existía la posibilidad de que un paciente falleciera en las siguientes horas, el grupo de psicólogos montaba guardias rotatorias de 15 a 20 minutos para procurar estar presentes cuando el médico diera la notificación de muerte al CPI, previa su autorización. Paralelo a este proceso, se procuraba hacer acercamiento con los cuidadores de estos pacientes, para evaluarlos y hacer acompañamiento psicológico previo al fallecimiento de su ser querido.

Cuando se presentaba la defunción de un paciente, y si el médico lo autorizaba, un grupo de dos o tres psicólogos lo acompañaban a dar la notificación de muerte al cuidador; durante la comunicación de la noticia, los psicólogos se mantenían observando en silencio; después de la notificación, si el familiar lo permitía, los psicólogos se acercaban para hacer un acompañamiento, se daban frases empáticas, se hablaba de las preocupaciones en esos momentos, se trabaja solución de problemas, de ser posible se acompañaba al cuidador a despedirse del paciente fallecido, y de ser necesario, se realizaba contención emocional e intervención en crisis. Para finalizar la intervención por parte del equipo de psicología, se le brindaban los datos de contacto del servicio de Psicología de Urgencias mostrando la apertura para una atención especializada en caso de que ellos lo consideraran necesario; y

por último, si los cuidadores accedían, se les solicitaban sus datos de contacto para un seguimiento posterior.

Al finalizar, los psicólogos que hicieron la intervención registraban los datos de los familiares para hacer un seguimiento telefónico.

Para poder hacer las llamadas de seguimiento, primero se recopilaron los datos de las notificaciones observadas entre el periodo de octubre del 2016 a julio del 2018, en total fueron 38 observaciones de notificación de muerte registradas. Una vez identificados estos registros, se extrajeron los datos del paciente fallecido, el día en que murió, la causa de defunción y los días que estuvo hospitalizado en urgencias; también, se extrajeron los datos del CPI que recibió la notificación de muerte, y de ser posible el parentesco y el número telefónico que proporcionó para contacto. Hubo registros observacionales de notificación de muerte que no tenían número de contacto, por lo que se pidió apoyo al departamento de Trabajo Social para obtener los números telefónicos faltantes; después de este proceso, se eliminaron cuatro participantes pues no se logró recuperar algún número de contacto.

Una vez que se identificaron los participantes, se capacitó a las psicólogas que realizaron los seguimientos telefónicos en junio del 2018. En estas capacitaciones, se les entrenó para hacer la aplicación de la batería vía telefónica, y para que, de ser necesario hicieran trabajo de contención emocional. Adicional a esto, se elaboró el material necesario para las llamadas: incluía la batería de evaluación, una lista de cotejo de acciones a realizar durante la llamada, lista de registro de llamadas y una lista de instituciones de canalización para referir a los CPI en caso de ser necesario (ver Anexos).

Para poder realizar las llamadas, se debía contar con un equipo telefónico que tuviera grabador de llamadas (para estos seguimientos, se ocuparon teléfonos celulares con sistema operativo Android, pues facilitaba la descarga de la aplicación de acceso libre BoldBeast Recorder que permitió hacer las grabaciones de las llamadas con buena calidad de audio. Estas grabaciones se almacenaron en una nube digital a la que solo tienen acceso los investigadores y revisores de este estudio, y se editaron eliminando los datos de identificación de los participantes para fines de confidencialidad), la batería impresa en donde ya estuvieran registrados los datos del CPI que se iba a evaluar y los datos del paciente fallecido (PF), una lista de cotejo de acciones a realizar antes y durante la llamada, una lista de registro de llamadas para enumerar los intentos de llamadas que se hacían a cada uno de los CPI y la lista de canalización para referir a los CPI evaluados en caso de requerirlo. Los seguimientos telefónicos de este estudio se realizaron entre julio y septiembre del 2018.

Una vez que se marcaba el número telefónico y comenzaba a sonar la línea, se iniciaba la grabación de la llamada. Si había respuesta, se anotaba la hora de inicio de llamada en la batería, y se daba un guion inicial (ver Anexos) en donde se presentaba a la psicóloga perteneciente al servicio de Psicología de Urgencias y se preguntaba por el CPI a contactar, si nos respondía otra persona se solicitaba que nos comunicaran con el CPI. Ya en contacto con el CPI, se reiteraba la presentación de la psicóloga y del servicio, se les mencionaba el objetivo de la llamada que era conocer la experiencia que habían tenido dentro el servicio de urgencias del H. G. Manuel Gea González, así como saber cómo había estado su estado de ánimo desde el fallecimiento de su ser querido, y se les invitaba a participar, sin dejar de

mencionar que la llamada era confidencial y que la psicóloga estaba capacitada para apoyarlo si lo llegara a requerir dada la sensibilidad de los temas a tratar.

Si el CPI mencionaba que no quería participar, las psicólogas intentaban identificar las barreras y soluciones para ver la viabilidad de la participación. Si el CPI mencionaba que sí quería participar, se le ofrecían las opciones de realizar la llamada vía telefónica o presencial acudiendo al hospital. Para este estudio, todos los participantes que accedieron a participar optaron por realizar la entrevista vía telefónica, por lo que, o se programó una cita para una segunda llamada y realizar la entrevista o, si el CPI estaba de acuerdo se iniciaba en ese momento la evaluación (véase Figura 2); posteriormente, se le leía el consentimiento informado y se le preguntaba si autorizaba que la entrevista fuera grabada con el objetivo de validar información, reiterando que toda la información proporcionada era confidencial. Si el CPI no aceptaba que la llamada fuera grabada se detenía la grabación.

Para iniciar con la evaluación, se le solicitaba al CPI que de ser posible buscara un espacio cómodo, tranquilo a fin de evitar interrupciones; a la indicación del CPI, se comenzaba a aplicar la batería. Cada que se finalizaba la aplicación de un instrumento, se le preguntaba al CPI cómo se encontraba, si sentía incómodo o cansado y si deseaba seguir con la evaluación. Una vez finalizada la evaluación, se procedió a la calificación de la batería para dar una retroalimentación al CPI de cada uno de los instrumentos aplicados. Si se encontraba alguna necesidad, se le daba el contacto de algún centro de atención psicológica de ser posible cercano a su domicilio y se agendaba cita para seguimiento.

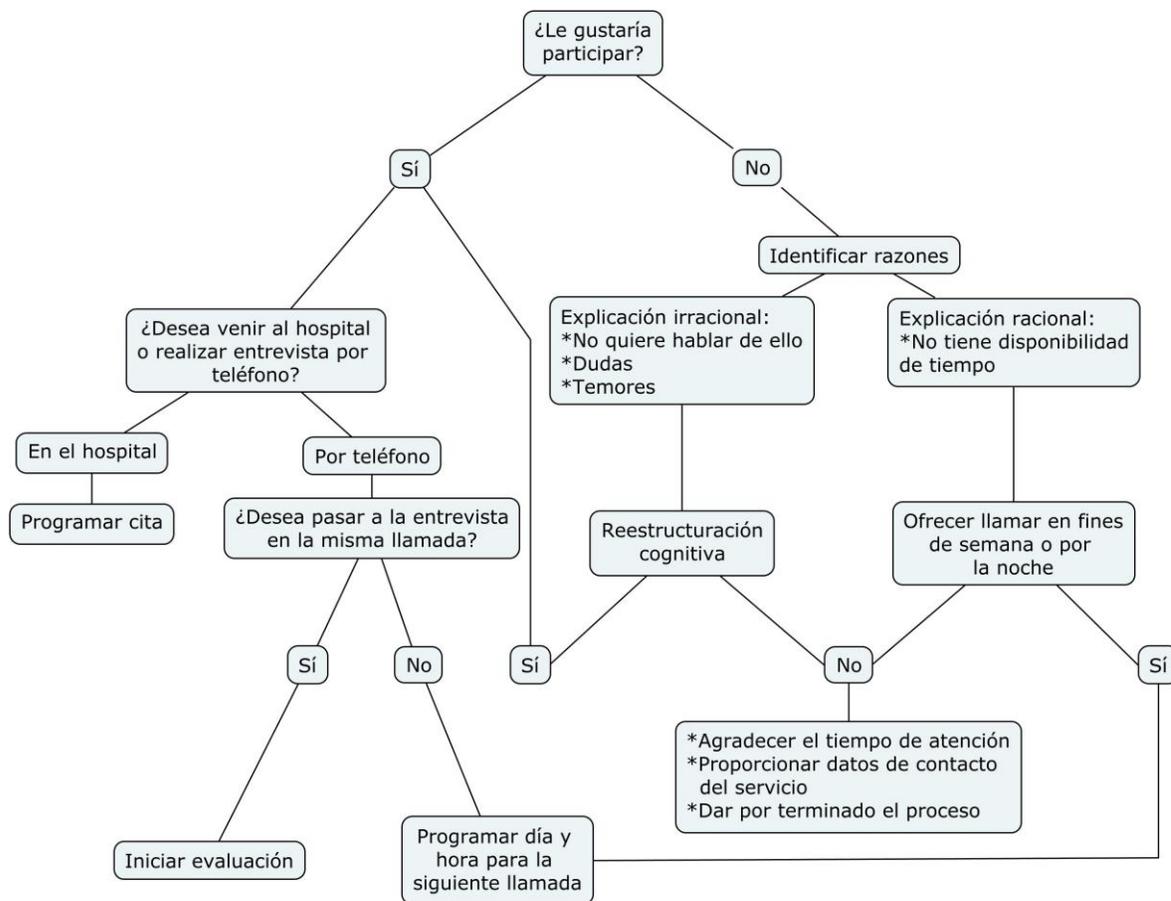


Figura 2 Proceso para iniciar evaluación de CPI

Para finalizar con la entrevista, se agradecía el tiempo del CPI, se recordaba el objetivo de la llamada y se proporcionaban los datos del servicio de Psicología de Urgencias. Al colgar el teléfono, se registraba la hora de finalización en la batería.

### Análisis de datos

Una vez concluidas las evaluaciones, se procedió a capturar la información en Microsoft Office 365, Excel para obtener las frecuencias de cada una de las variables de estudio: datos sociodemográficos, los puntajes para sintomatología depresiva y ansiosa medidas con HADS, y la frecuencia de las conductas percibidas por los CPI sobre la notificación de muerte medidas con el Instrumento de Competencias GRIEV\_ING.

## RESULTADOS

En este estudio participaron ocho cuidadores primarios informales (CPI) que recibieron una notificación de muerte en el servicio de urgencias médica del H.G. Manuel Gea González de los cuales cuatro fueron hombres y cuatro mujeres, con un rango de edad de entre 27 y 56 años ( $\bar{x}= 47.3$  DE=9.38). Cinco de los CPI que recibieron una notificación de muerte, reportaron ser cónyuge del paciente fallecido (PF) y tres de ellos eran hijos. (ver Tabla 3).

*Tabla 3 Características sociodemográficas de los CPI participantes*

CPI*	Sexo	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Religión	Enfermedad	Parentesco con PF**	Edad del PF**	Tiempo del fallecimiento en meses
1	Mujer	27	Soltero	Sin escolaridad	Comerciante	Ateo	No	Cónyuge	27	12
2	Hombre	47	Soltero	Bachillerato	Empleado	Católica	No	Cónyuge	44	12
3	Hombre	44	Casado	Secundaria	Empleado	Ateo	Hipertensión	Hijo	86	15
4	Hombre	50	Divorciado	Licenciatura	Empresario	Católica	No	Hijo	75	1
5	Hombre	56	Soltero	Bachillerato	Comerciante	Agnóstica	No	Hijo	83	18
6	Mujer	46	Viudo	Secundaria	Empleado	Cristiana	Herpes de Zoster	Cónyuge	47	4
7	Mujer	56	Viudo	Sin escolaridad	Pesca	Católica	Diabetes e Hipertensión	Cónyuge	59	1
8	Mujer	53	Viudo	Licenciatura	Ama de casa	Ateo	No	Cónyuge	62	20

Nota: CPI\*= Cuidador primario informal. PF\*\*=Paciente fallecido

A partir de un análisis de frecuencias, se identificó la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva que presentaron los CPI participantes. Cinco de los CPI puntuaron para sintomatología ansiosa ( $\bar{x}= 6.38$  DE=5.21), y cuatro de ellos para sintomatología depresiva ( $\bar{x}= 7.63$  DE=5.58). El CPI 1, de acuerdo con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), tuvo una puntuación para ansiedad de 17 puntos, sobresaliendo en síntomas como no poder permanecer tranquilo y tener la cabeza llena de preocupaciones; su puntaje HADS para depresión fue de 15 puntos con una presencia alta de anhedonia y falta de gusto e interés por las actividades diarias. La puntuación HADS de ansiedad para el CPI 2 fue de nueve, con presencia de síntomas como angustia por el futuro, en incapacidad de permanecer tranquilo y relajado; su puntuación HADS para ansiedad fue de 14 con presencia de tristeza y falta de gusto e interés por las actividades diarias. El CPI 3 no puntuó para ansiedad y depresión, sin embargo, mencionó que se le dificulta esperar las cosas con ilusión. La puntuación HADS para ansiedad del CPI 4 fue de seis mencionando que en general es una persona que se siente tensa o nerviosa, con angustia a lo que pueda pasar en el futuro; su puntuación HADS para depresión fue de cuatro. En el caso del CPI 5 no hubo presencia de sintomatología depresiva y de ansiedad solo mencionó que se le dificulta permanecer tranquilo y relajado. Para el CPI 6, la puntuación HADS para ansiedad fue de ocho, presentando síntomas como gran angustia o temor; su puntuación HADS para depresión fue de 10, mencionando tener gran dificultad para esperar las cosas con ilusión. El CPI 7 tuvo una baja puntuación HADS para ansiedad, mientras que su puntuación HADS para depresión fue más elevada, mencionando que se le dificulta disfrutar de las cosas de siempre. En el caso de CPI 8, no reportó presencia de sintomatología ansiosa, y su puntuación HADS para depresión fue baja, mencionado que se le dificulta disfrutar de las cosas de la vida cotidiana (ver Tabla 4).

Tabla 4 Sintomatología ansiosa y depresiva en CPI

CPI*	Ansiedad**	Depresión***	Presencia Ansiedad	Presencia Depresión
1	17	15	Sí	Sí
2	9	14	Sí	Sí
3	5	3	No	No
4	6	4	No	No
5	2	0	No	No
6	8	10	Sí	Sí
7	4	11	No	Sí
8	0	4	No	No

Nota. CPI\*= Cuidador primario informal. \*\*=Punto de corte >8. \*\*\*= Punto de corte >7.

Se identificaron también las condiciones previas en los que los CPI recibieron la notificación de muerte de su paciente. Seis CPI reportaron haberse entrevistado con más de un médico durante su estancia en urgencias médicas, y cuatro de ellos tuvieron contacto previo con el médico que dio la notificación de muerte. Cinco de los CPI reportaron haber recibido por parte de los médicos el informe de la alta probabilidad de muerte de su paciente, tres de ellos tuvieron la oportunidad de despedirse de su familiar previo al fallecimiento; solo tres CPI mencionaron haber recibido informe de maniobras de resucitación (ver Tabla 5). En el caso del CPI 3, mencionó que no autorizó que a su paciente se le aplicaran medidas extraordinarias (maniobras de resucitación en caso de paro cardíaco o respiratorio), por lo que esta conducta no aplicaba en él. En el caso del CPI 4, el paciente llegó en estado crítico al hospital y entró directo al área de choque a recibir maniobras de resucitación, por tal motivo, solo se entrevistó una sola vez con el médico que dio la notificación, no hubo un informe general de salud, y no aplicaba la conducta de despedirse de su familiar previo al fallecimiento, pues fue un caso súbito. En el caso del CPI 8, los médicos le habían dicho que su familiar estaba estable, sin riesgo inminente para la vida, por lo que no aplicaba la conducta de despedirse previo al fallecimiento del paciente.

Tabla 5 Experiencia de los CPI previa a la notificación de muerte

CPI*	Contacto con más de un médico	Contacto previo con el médico que dio la notificación	Informe estado general de salud	Informe de alta probabilidad de muerte	Oportunidad de despedirse antes del fallecimiento	Informe de maniobras de resucitación
1	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
2	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3	Sí	No	Sí	Sí	No	No aplica
4	No	No	No	No	No aplica	No
5	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
6	Sí	No	Sí	No	Sí	No
7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
8	Sí	No	Sí	No	No aplica	No

Nota: CPI\*= Cuidador primario informal

De acuerdo con lo que mencionaron los CPI respecto a su experiencia del momento en médico les dio la notificación de muerte de su ser querido evaluada con Instrumento de Competencia GRIEV\_ING, se obtuvieron las frecuencias de conductas realizadas por cada una de las competencias que conforman la nemotecnia GRIEV\_ING, así como las conductas totales realizadas y su porcentaje respectivo. En general, los CPI observaron que los médicos realizan un promedio de 16.13 (57.6%) conductas, con un porcentaje mínimo de 13.04% y un máximo de 92% conductas realizadas por los médicos que dieron la notificación de muerte (ver Tabla 6).

Tabla 6 Total de conductas observadas por CPI por competencia GRIEV\_ING

CPI*	Total de conductas por competencia									Conductas totales realizadas	Porcentaje total
	G	R	I	E	V	—	I	N	G		
1	0	1	5	5	3	2	3	3	3	25	89.29%
2	0	1	5	5	3	2	2	2	3	23	92.00%
3	0	0	3	2	3	1	1	0	0	10	43.48%
4	1	0	1	0	0	0	0	1	0	3	13.04%
5	1	2	4	5	3	2	2	0	3	22	95.65%
6	0	2	3	1	2	1	0	1	1	11	40.74%
7	1	2	4	5	3	2	0	1	2	20	83.33%
8	0	2	2	3	3	2	0	2	1	15	68.18%

Nota: CPI\*= Cuidador primario informal; Conductas por competencia: G-Reunir: 1, R- Recursos: 2, I- Identificar: 5, E-Educación: 5, V-Verificar: 3, \_- Espacio: 2, I-Preguntar: 3, N-Información básica: 4, G-Dar: 3)

Se identificaron cómo los CPI percibieron las conductas del protocolo GRIEV\_ING, es decir, si realizaron o no cada una de las conductas o si dado el caso, la conducta no aplicaba. Las conductas que más observaron los CPI que realizaron los médicos fueron las pertenecientes a la competencia de *Educación* (E), *Verificar* (V) y *Espacio* ( ), y las conductas que menos observaron fueron las de las competencias *Preguntar* (I), *Información básica* (N), y *Dar* (G; ver Tabla 7).

Se identificó también la experiencia de los CPI durante y después de haber recibido la notificación de muerte de su ser querido. Siete de los CPI mencionaron considerar la muerte de su ser querido cómo súbita e inesperada y haber tenido una relación muy cercana con ellos. Tres de los CPI recuerdan haber recibido la notificación en la sala de espera, dos en el área de hospitalización y uno en un cubículo. Cuatro de los CPI tuvieron la oportunidad de ingresar al área de hospitalización para despedirse de su paciente después de haber fallecido. Las reacciones emocionales que más reportaron haber presentado los CPI fueron llanto, tristeza, incredulidad y negación; cinco de los CPI mencionaron haber recibido apoyo psicológico antes o después de la muerte de su ser querido (ver Tabla 8). Respecto a la satisfacción con el servicio, la calificación promedio que reportaron los CPI fue de 6.1. El CPI 4 mencionó que daba esa calificación pues el servicio que recibieron lo consideraba muy malo, además que el trato de los médicos no era cálido. El CPI 6 reportó una experiencia muy similar, mencionó que los médicos no tenían tacto para comunicar noticias tan delicadas como éstas. El CPI 5 otorgó una calificación alta, pues mencionó haber tenido una muy buena experiencia con los médicos, pues eran respetuosos, amables y atentos, además mostraban preocupación y la información que proporcionaban era clara y precisa.

Tabla 7 Frecuencia de las conductas del Instrumento de Competencias GRIEV\_ING observadas por el CPI

Nemotecnia	Conducta	Descripción conducta	Observaciones de CPI*		
			Realizó	No realizó	No aplica
G (reunir)	GRIEV_ING_01	¿Se aseguró de que más de un familiar estuviera presente antes de la notificación de muerte?	3	4	1
R (recursos)	GRIEV_ING_02	¿Investigó acerca de los recursos de apoyo que pudieran ayudarle con su proceso de duelo (por ejemplo: servicios religiosos, de psicología, trabajo social, funerarios)?	5	3	0
R (recursos)	GRIEV_ING_03	¿Le facilitó el acceso a los recursos de apoyo?	5	3	0
I (identificar)	GRIEV_ING_04	¿Le mencionó claramente el nombre de su familiar o su parentesco?	8	0	0
I (identificar)	GRIEV_ING_05	¿Se presentó con usted?	4	2	2
I (identificar)	GRIEV_ING_06	¿Le mencionó claramente su papel en el cuidado de su familiar?	4	3	1
I (identificar)	GRIEV_ING_07	¿Determinó el nivel de información que usted y su familia poseían antes de su llegada al área de urgencias?	5	3	0
I (identificar)	GRIEV_ING_08	¿Le presentó una introducción adecuada (es decir, evitó hablar con rodeos, de manera brusca, sin dar aún la mala noticia)?	6	2	0
I (identificar)	GRIEV_ING_09	¿Le indicó claramente la cronología de los acontecimientos que llevaron a la muerte de su familiar?	5	3	0
E (educar)	GRIEV_ING_10	¿Utilizó frases preparatorias para la mala noticia (como: lamento informarle que... me gustaría tener mejores noticias)?	6	1	1
E (educar)	GRIEV_ING_11	¿Le indicó claramente la causa de la muerte de una manera fácil de entender?	5	2	1
E (educar)	GRIEV_ING_12	¿Usó un lenguaje adecuado considerando su contexto cultural y nivel escolar?	6	1	1
E (educar)	GRIEV_ING_13	¿Le proporcionó un resumen de la información importante para asegurarse de que usted entendió la noticia?	4	4	0
V (verificar)	GRIEV_ING_14	¿Usó la frase "ha muerto" o "ha fallecido"?	7	0	1

Nemotecnia	Conducta	Descripción conducta	Observaciones de CPI*		
			Realizó	No realizó	No aplica
V (verificar)	GRIEV_ING_15	¿Evitó utilizar eufemismos (es decir, frases como: "se ha ido", "se nos adelantó", "ya no está con nosotros")?	7	0	1
V (verificar)	GRIEV_ING_16	¿Evitó terminología médica o le explicó claramente estos términos cuando los utilizó?	6	2	0
- (espacio)	GRIEV_ING_17	¿Se mostró atento y sin prisas en su interacción con usted y su familia?	6	2	0
- (espacio)	GRIEV_ING_18	¿Hizo una pausa para permitir que usted y su familia asimilaran la información antes de discutir los detalles?	6	2	0
I (preguntar)	GRIEV_ING_19	¿Les dio tiempo a usted y a su familia para que procesaran la información, hicieran preguntas o expresaran inquietudes?	4	3	1
I (preguntar)	GRIEV_ING_20	¿Les animó a usted y a su familia a que hicieran un resumen de la información importante y comprobar su comprensión?	3	4	1
I (preguntar)	GRIEV_ING_21	¿De forma inmediata y apropiada corrigió cualquier malentendido?	1	3	4
N (información básica)	GRIEV_ING_22A	Donación de órganos	0	3	5
N (información básica)	GRIEV_ING_22B	Necesidad de una autopsia	4	1	3
N (información básica)	GRIEV_ING_22C	Arreglos funerarios	3	1	4
N (información básica)	GRIEV_ING_22D	Artículos personales	3	2	3
G (dar)	GRIEV_ING_23	¿Se mostró accesible para responder a futuras preguntas que tuvieran usted o su familia?	4	4	0
G (dar)	GRIEV_ING_24	¿Les otorgó información apropiada a usted o a su familia para ponerse en contacto con él en cualquier otro momento?	3	5	0
G (dar)	GRIEV_ING_25	¿Les otorgó información apropiada a usted o su familia para ponerse en contacto con los servicios de psicología, trabajo social, religiosos, funerarios?	6	2	0

Nota: CPI\*= Cuidador primario informal

Tabla 8 Experiencia del CPI después de la notificación

<b>CPI*</b>	<b>Lugar donde se notificó</b>	<b>Oportunidad de despedirse después de la notificación</b>	<b>Apoyo psicológico antes o después de la notificación</b>	<b>Respuesta emocional ante la notificación</b>	<b>Cercanía con su ser querido</b>	<b>Percepción del fallecimiento</b>	<b>Satisfacción con el servicio</b>
1	Hospitalización	No	Sí	Ansiedad, crisis, enojo, negación, shock	Muy cercana	Inesperado	9
2	Cubículo	Sí	No	Culpa	Muy cercana	Inesperado	8
3	Pasillo	Sí	Sí	Tristeza, llanto	Muy cercana	Esperado	7
4	No recuerda	No	No	Llanto, tristeza, incredulidad, negación	Muy cercana	Inesperado	1
5	Sala de espera	No	Sí	Llanto	Más o menos cercana	Inesperado	10
6	Sala de espera	No	Sí	Incredulidad, negación, tristeza, llanto	Muy cercana	Inesperado	1
7	Hospitalización	Sí	Sí	Miedo, tristeza, llanto	Muy cercana	Inesperado	8
8	Sala de espera	Sí	No	Incredulidad, tristeza, llanto	Muy cercana	Inesperado	5

Nota: CPI\*= Cuidador primario informal

Durante las llamadas de seguimiento realizadas a los CPI, seis de ellos presentaron alguna respuesta emocional como llanto, tristeza o, enojo o molestia. Estas respuestas emocionales se presentaron al preguntar lo dato generales del paciente fallecido, en el instrumento de estilos de afrontamiento o en el Instrumento GRIEV\_ING. De los ocho CPI entrevistados, dos requirieron de canalización a una institución pública para recibir atención psicológica (ver Tabla 9).

Tabla 9 Reacción emocional de los CPI durante entrevista

<b>CPI*</b>	<b>Respuesta emocional durante la llamada</b>	<b>Etapas en la que se presentó la respuesta emocional</b>	<b>Requirió canalización</b>
1	Tristeza	GRIEV_ING	No
2	Llanto, tristeza, añoranza, culpa	Estilos de afrontamiento GRIEV_ING	Sí
3	Enojo	Datos generales del fallecido	No
4	Molestia	GRIEV_ING	No
5	No	No	No
6	Tristeza	Datos generales del fallecido Estilos de Afrontamiento	Sí
7	Llanto	GRIEV_ING	No
8	No	No	No

Nota: CPI\*= Cuidador primario informal

En el caso de los seis CPI que se contactaron y rechazaron participar tres refirieron no querer participar dada la mala experiencia que tuvieron en el servicio; dos porque no querían hablar del tema; dos porque ya había pasado mucho tiempo; y dos consideraban no requerir del servicio de psicología (ver Tabla 10).

Tabla 10 Causas de rechazo de participación por CPI

<b>Rechazo a participar</b>	<b>CPI*</b>
Malas experiencias en el servicio	3
Ya había pasado tiempo	2
No querer hablar del tema	2
No requerían del servicio	2

Nota: CPI\*= Cuidador primario informal

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue describir a las personas que recibieron una notificación de muerte en el servicio de urgencias médicas del H. G. Manuel Gea González y evaluar la percepción que tuvieron de la notificación de muerte, así como la presencia o ausencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observó que la media de edad de los participantes de este estudio fue similar a la reportada por la literatura ( $\bar{x}= 47.3$ ;  $\bar{x}= 42.5$ ; Toutin-Dias et al., 2016). Además, se identificó que la mayoría de los CPI que recibieron una notificación de muerte fueron cónyuges del paciente fallecido, sin embargo, en la literatura internacional se menciona que la mayoría de las personas que reciben una mala noticia son hijos. Por otra parte, en la literatura del área se menciona que la mayoría de los familiares que reciben una mala noticia son mujeres (Toutin-Dias et al., 2016), mientras que en este estudio la frecuencia fue equitativa, es decir, la mitad de los participantes fueron hombres y la mitad mujeres. Esta falta de concordancia entre los datos obtenidos en este estudio y los reportados por la literatura internacional, se podría explicar dado que la expectativa de vida en otros países es mayor que en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018; World Health Organization, 2016), por lo que se infiere que lo reportado en la literatura internacional, quienes recibieron la mala noticia fueron hijos de personas que estaban sobre esa expectativa de vida, mientras que en México, al ser menor la expectativa de vida, es decir, al fallecer más jóvenes, quienes reciben la notificación de muerte son cónyuges. Sin embargo, se recomienda una muestra más grande para poder obtener datos más concretos respecto a las personas que reciben una notificación de muerte.

En cuanto a los resultados obtenidos por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), se observó que en general los niveles de ansiedad y depresión que presentaron los CPI que recibieron la notificación de muerte (ansiedad:  $\bar{x} = 6.38$ ; depresión:  $\bar{x} = 7.63$ ), son mayores a lo que reporta la literatura (ansiedad  $\bar{x} = 4.83$ ; depresión  $\bar{x} = 4.59$ ; Fujimori et al., 2014). Estos resultados se dieron posiblemente a la naturaleza de la noticia que recibieron los CPI participantes en este estudio; es decir, en la literatura se reporta que estas sintomatologías se midieron cuando los pacientes o familiares recibían una mala noticia (como un nuevo diagnóstico) en ambientes simulados, tomando en cuenta las preferencias de los receptores de noticias; sin embargo, la noticia que recibieron los CPI que participaron en este estudio tuvo que ver con la pérdida de un ser querido en una situación real bajo un protocolo para notificar una muerte en el contexto de urgencias médicas. Adicional a esto, el rango de sintomatología depresiva y ansiosa que presentan los CPI de este estudio es muy amplio, esto es posible dado el tiempo en el que se hicieron las evaluaciones después de la muerte, pues hubo CPI que recibieron el seguimiento telefónico al mes de haber fallecido su paciente, pero también quien ya más tenía año y medio de haber recibido la notificación de muerte (ver limitaciones; Parkes, 1998). Por esta razón, se sugiere hacer un seguimiento a los seis meses del fallecimiento del paciente con la finalidad de observar la evolución del estado de ánimo de los CPI que recibieron la notificación de muerte y evaluar la presencia de duelo prolongado.

Respecto a los resultados obtenidos por el Instrumento de Competencias GRIEV\_ING, los CPI reportaron haber observado un promedio general de 16.13 (57.6%) conductas, lo que es menor a lo reportado en la literatura: Hobgood et al. (2005) mencionan que después de un entrenamiento, los médicos residentes realizaban aproximadamente 65% de las

conductas del Protocolo GRIEV\_ING. Esta falta de concordancia en los resultados se debe posiblemente a que las evaluaciones del estudio de Hobgood et al. (2005) fueron realizadas de forma sistemática durante un entrenamiento por observadores capacitados en ambientes simulados a través de juegos de roles, mientras que en el presente estudio las evaluaciones fueron obtenidas meses después por referencias de CPI que recibieron una notificación de muerte real en urgencias médicas del H.G. Manuel Gea González. Al respecto, se sugiere en primer lugar, desarrollar un instrumento específico para evaluar tanto la experiencia como la percepción que tuvieron los CPI al momento de recibir la notificación, así como hacer un seguimiento al mes del fallecimiento aproximadamente para procurar obtener datos fidedignos.

En este estudio, los CPI observaron que las conductas que realizaron los médicos con mayor frecuencia fueron las pertenecientes a las competencias de “*Verificar (V)*” y “*Espacio ( )*”. De acuerdo con Reed et al. (2015), en un estudio que realizaron con médicos pediatras, dividieron las 28 conductas del Instrumento de Competencias GRIEV\_ING en tres fases: 1) *Preparación: Reunir (G), Recursos (R), e Identificar (I)*; 2) *Notificación de la muerte: Educar (E), Verificar (V) y Espacio ( )*; y 3) *Recapitulación/ Desenlace: Preguntar (I) Información Básica (N) y Dar (G)*; la fase que más realizan los médicos es la de notificación de muerte. Otro estudio realizado por Shakeri, Fant, Gisondi, & Salzman (2017) en donde uno de los objetivos fue evaluar con observadores entrenados y pacientes simulados mediante juegos de roles el porcentaje de pasos realizados del Instrumento de Competencia GRIEV\_ING por los médicos residentes de la Unidad de Emergencias, reportaron que las conductas que más realizaron los médicos fueron las relacionadas con las competencias *Educar (E)* y *Espacio ( )*, por lo que los resultados obtenidos en el presente trabajo coinciden con lo reportado con la literatura. Esto posiblemente se debe a que, en el

caso particular de la competencia *Educación* (E), se relaciona en mayor medida con la información médica del paciente. Sin embargo, es importante resaltar el esfuerzo de los médicos por realizar estas competencias con mayor frecuencia a pesar de la falta de entrenamiento que existe para poder comunicar estas noticias (Buckman, 1984; Hobgood et al., 2009; Landa-Ramírez, López-Gómez, Jiménez-Escobar, & Sánchez-Sosa, 2017; Parrish et al., 1987; Shoenberger et al., 2013), pues implican que se muestren empáticos ante la situación mediante la comunicación clara, evitando terminología médica y eufemismos.

En cuanto a las conductas realizadas por los médicos que menos observaron los CPI están relacionadas con las competencias *Información básica* (N), *Preguntar* (I) y *Reunir* (G). De acuerdo con lo reportado por Reed et al. (2015) mencionan que las primeras dos competencias que se mencionan forman parte de la fase de *Recapitulación/ Desenlace* y que en su estudio menciona que es la fase que menos realizan los médicos. De igual forma Shakeri et al. (2017) menciona que las conductas que menos realizan los médicos son las pertenecientes a las competencias *Preguntar* (I), *Información Básica* (N) y *Reunir* (G), por lo que los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con la literatura. En el caso de la competencia de *Información Básica* (N) es posible que en el presente estudio realizado en el H.G. Manuel Gea González sea poca la frecuencia de aplicación dado que estos detalles post-mortem como los arreglos funerarios o los artículos personales del paciente son atendidos por otras áreas como enfermería o trabajo social. En el caso de la baja frecuencia de aplicación de las competencias *Preguntar* (I) y *Reunir* (G) se podría explicar que para poder llevarlas a cabo, los médicos requieren invertir más tiempo del que disponen, o bien, para evitar un contacto emocional mayor que les pueda generar estrés al

no contar con un entrenamiento para el manejo de estas situaciones (Alves de Lima, 2003; Brown et al., 2009; Shoenberger et al., 2013).

De acuerdo con lo reportado por los CPI, la mayoría de las notificaciones de muerte se dieron en la sala de espera, y sólo una persona mencionó haber recibido la noticia de forma privada en un cubículo. Esto sobresale dado que la literatura menciona la importancia de dar este tipo de noticias en espacios diferentes a las áreas comunes del hospital (salas de espera o pasillos) y procurar comunicarla en ambientes privados y tranquilos, donde el receptor de la noticia tenga la oportunidad de poder expresar sus emociones de manera más abierta evitando incomodar o alterar a los demás usuarios del servicio (Hobgood et al., 2005, 2009; Landa-Ramírez et al., 2017). Lo anterior se puede deber a las condiciones propias del hospital, pues a raíz del sismo del 19 de septiembre del 2017, las instalaciones donde se encontraba el servicio de urgencias médicas sufrieron daños estructurales, por lo que tuvieron que ser reubicadas a un área en dónde difícilmente se cuenta con un espacio tranquilo o privado en dónde dar este tipo de noticias; pero también, es posible que esto se deba al desconocimiento por parte del personal médico de estas recomendaciones, por lo cual se sugiere realizar talleres, entrenamientos o capacitaciones con los médicos encargados de dar estas noticias para compartir esta información.

Respecto a las emociones que los CPI reportaron haber presentado durante o después de la notificación mencionan enojo, tristeza, llanto, incredulidad, por lo que coincide con lo que se reportan diversos autores de reacciones presentadas ante la muerte de un ser querido (Cabodevilla, 2007; Shoenberger et al., 2013).

En cuanto a la satisfacción del servicio que tuvieron los CPI entrevistados, el promedio en general fue de 6.1, mencionando además que estaban agradecidos con el servicio y la

atención médica que se les brindó a sus familiares. Sin embargo, algunos de los CPI entrevistados y otros que rechazaron participar, mencionaron haber tenido malas experiencias con el personal médico, pues el trato era poco, frío y con prisa. Es importante resaltar esto pues en la literatura se menciona que los usuarios de los servicios hospitalarios esperan que los médicos presenten conductas de respeto y amigables, mostrando interés y sensibilidad, y que aunque reciban información de buena calidad, ésta no compensa la falta de apoyo emocional por parte del personal médico (Capone, 2016; Munoz Sastre et al., 2011).

Es importante reconocer que este estudio cuenta con limitaciones desde la misma naturaleza del estudio, es decir, al ser un estudio de tipo exploratorio el objetivo solamente fue examinar las características de un fenómeno (Hernández Sampieri et al., 2010), en este caso identificar a los CPI que recibieron una notificación de muerte en el servicio de urgencias médicas del H. G. Manuel Gea González y evaluar la percepción que tuvieron de la notificación de muerte, así como la presencia o ausencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

Adicional a esto, otra de las limitantes fue la baja participación de CPI; inicialmente se identificaron 38 CPI que recibieron una notificación de muerte en el servicio de urgencias médicas del H.G. Manuel Gea Gonzales de octubre del 2016, julio del 2018, sin embargo, todos los seguimientos telefónicos se realizaron entre julio y septiembre del 2018, y para algunos CPI ya había transcurrido casi dos años de la muerte de su ser querido mientras que para otros, la pérdida era muy reciente, por lo que algunos de los CPI que rechazaron participar referían o que ya no tenía caso hablar del tema pues ya había pasado mucho tiempo o que no estaban preparados para hablar dado lo reciente de los acontecimientos.

Otra de las razones que los CPI expusieron para rechazar participar fue la mala experiencia que tuvieron con el servicio de salud, pues reportaban que la atención fue tardada y que los médicos presentaban conductas frías y desinteresadas, por lo que no querían saber más del hospital. Adicional, cuando el equipo de Psicología de Urgencias comenzó a hacer acompañamiento a los CPI que recibían una notificación (2016), al momento de finalizar la intervención en el hospital, se le solicitaba a los CPI datos de contacto para hacer un seguimiento al mes del fallecimiento del paciente, sin embargo, esto no sucedió si no hasta incluso año y medio después, por lo que los CPI mencionaban que ya había pasado mucho tiempo desde el fallecimiento de su ser querido y que consideraban ya no requerir el servicio.

A pesar de los esfuerzos de las psicólogas participantes en este estudio por contactar a los 38 CPI que recibieron una notificación de muerte entre octubre del 2016 y julio del 2018, algunos de los datos de contacto eran incorrectos, y en otros más, aunque se logró contactar y se programó una cita para la entrevista y evaluación, esta no se concretó pues los CPI no contestaban las llamadas subsecuentes, esto posiblemente fue porque en la primera llamada se les explicó el objetivo del estudio y la sensibilidad de los temas a tratar, pues implicaba que recordaran a su ser querido, o el momento difícil en que recibieron la notificación de muerte, lo que pudo provocar una disminución en la muestra. Otra de las limitantes de este estudio fue el instrumento con el que se evaluó la percepción de notificación de muerte que tuvieron los CPI, pues el Instrumento de Competencias GRIEV\_ING es una escala para registro observacional que no cuenta con propiedades psicométricas ni está estandarizado para la población mexicana; además aunque el instrumento está diseñado para evaluar las conductas que realizan los médicos cuando

informan sobre la muerte de un paciente en el área de urgencias médicas, estas evaluaciones son realizadas por personal capacitado al momento del entrenamiento que reciben los médicos, mientras que para el presente trabajo los evaluadores fueron los CPI que recibieron una notificación de muerte real tiempo después de ésta, por lo que es posible que hayan olvidado detalles específicos de la notificación que evalúa el Instrumento de Competencias GRIEV\_ING.

A pesar de las limitaciones mencionadas anteriormente, este presenta varias bondades, entre ellas que es una primera aproximación para conocer cuál es la percepción que tuvieron los CPI de la notificación de muerte que recibieron en un contexto real, además de conocer su estado emocional en cuando a la presencia o ausencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

Ante estos hallazgos, se propone continuar desarrollando evidencia para resultados más contundentes, así como herramientas o instrumentos para evaluar la experiencia y percepción de los CPI al momento de recibir una notificación, además de que los seguimientos a los seis meses del fallecimiento de un ser querido con la finalidad de tener datos más oportunos del estado emocional del CPI.

Como conclusión, este estudio permitió visibilizar la importancia de generar más evidencia respecto a la experiencia del CPI al recibir una mala noticia, pues pareciera estar relacionada no solo con la satisfacción con el servicio, sino también con el estado emocional que desarrollan posterior a una notificación de muerte.

## REFERENCIAS

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*, *311*(10), 1052.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Alves de Lima, A. E. (2003). ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Revista Argentina de Cardiología*, *71*(3), 217–220.
- American Psychological Association. (2018). Anxiety. Recuperado el 6 de octubre de 2018, de <http://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, *61*(4), 755–765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Bădescu, S., Tătaru, C., Kobylinska, L., Georgescu, E., Zahiu, D., Zăgrean, A., & Zăgrean, L. (2016). The association between Diabetes mellitus and Depression. *Journal of Medicine and Life*, *9*(2), 120–125.
- Block, A. R. (1982). Multidisciplinary treatment of chronic low back pain: A review. *Rehabilitation Psychology*, *27*(1), 51–63. <https://doi.org/10.1037/h0090961>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., ... Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders. *JAMA psychiatry*, *71*(5), 547–556. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Bradbury-Golas, K. (2013). Health Promotion and Prevention Strategies. *Nursing Clinics of North America*, *48*(3), 469–483. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2013.04.003>
- Brown, R., Dunn, S., Byrnes, K., Morris, R., Heinrich, P., & Shaw, J. (2009). Doctors' Stress Responses and Poor Communication Performance in Simulated Bad-News

Consultations. *Academic Medicine*, 84(11), 8.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181baf537>

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 288(6430), 1597–1599.

Burish, T. G. (2000). The Role of Behavioral and Psychosocial Science in Reducing Cancer Morbidity and Mortality. *The Oncologist*, 5(3), 263–266.

<https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-3-263>

Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 63–176.

Capone, V. (2016). Patient communication self-efficacy, self-reported illness symptoms, physician communication style and mental health and illness in hospital outpatients.

*Journal of Health Psychology*, 21(7), 1271–1282.

<https://doi.org/10.1177/1359105314551622>

Case, A. A., Orrange, S. M., & Weissman, D. E. (2013). Palliative Medicine Physician Education in the United States: A Historical Review. *Journal of Palliative Medicine*, 16(3), 230–236. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0436>

<https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0436>

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, & Department of Health and Human Services. (2015). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2015 Emergency Department Summary Tables. Recuperado de [https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web\\_tables/2015\\_ed\\_web\\_tables.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web_tables/2015_ed_web_tables.pdf)

Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Vigil, G. J., & Benasutti, K. M. (2004). Life After Death: Grief Therapy After the Sudden Traumatic Death of a Family Member. *Perspectives In Psychiatric Care*, 40(4), 149–154. [https://doi.org/10.1111/j.1744-](https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2004.tb00012.x)

[https://doi.org/10.1111/j.1744-](https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2004.tb00012.x)

6163.2004.tb00012.x

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2018). *Informe Anual de Actividades 2017* (p. 92). Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311792/INFORME\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311792/INFORME_2017.pdf)
- Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142–143. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>
- Diario Oficial de la Federación. (2013). Recuperado el 5 de septiembre de 2018, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312893&fecha=04/09/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312893&fecha=04/09/2013)
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286), 129–136.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312–319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)
- Fordyce, W. E. (1984). Behavioural science and chronic pain. *Postgraduate Medical Journal*, 60(710), 865–868. <https://doi.org/10.1136/pgmj.60.710.865>
- Fordyce, W. E., Roberts, A. H., & Sternbach, R. A. (1985). The behavioral management of chronic pain: A response to critics: *Pain*, 22(2), 113–125. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(85\)90172-1](https://doi.org/10.1016/0304-3959(85)90172-1)
- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of Communication Skills Training Program for Oncologists Based on Patient Preferences for Communication When Receiving Bad News: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32(20), 2166–2172. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.2756>
- Gebhardt, C., Gorba, C., Oechsle, K., Vehling, S., Koch, U., & Mehnert, A. (2017). Die Kommunikation schlechter Nachrichten bei Krebspatienten: Inhalte,

Kommunikationspräferenzen und psychische Belastungen. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 67(07), 312–321.

<https://doi.org/10.1055/s-0043-113628>

Gibson, E. L., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Vögele, C., Summerbell, C. D., Nixon, C., ...

ToyBox-Study Group. (2012). A narrative review of psychological and educational strategies applied to young children's eating behaviours aimed at reducing obesity risk: Healthy eating strategies in preschool. *Obesity Reviews*, 13, 85–95.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00939.x>

Grau, J., & Hernández, E. (2005). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*.

México: Universidad de Guadalajara.

Greer, S. (1994). Psycho-oncology: Its aims, achievements and future tasks. *Psycho-*

*Oncology*, 3(2), 87–101. <https://doi.org/10.1002/pon.2960030203>

Hartmann-Boyce, J., Johns, D. J., Jebb, S. A., Aveyard, P., & Behavioural Weight

Management Review Group. (2014). Effect of behavioural techniques and delivery mode on effectiveness of weight management: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Obesity Reviews*, 15(7), 598–609.

<https://doi.org/10.1111/obr.12165>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010).

*Metodología de la investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill. Recuperado de [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)

Hobgood, C., Harward, D., Newton, K., & Davis, W. (2005). The educational intervention

“GRIEV\_ING” improves the death notification skills of residents. *Academic*

- Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 12(4), 296–301. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.12.008>
- Hobgood, C., Tamayo-Sarver, J. H., Hollar, D. W., & Sawning, S. (2009). Griev\_In: Death Notification Skills and Applications for Fourth-Year Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*, 21(3), 207–219. <https://doi.org/10.1080/10401330903018450>
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers: *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206–221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Población, hogares y vivienda. Indicadores de demografía y población. Recuperado el 6 de noviembre de 2018, de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists. *American Psychologist*, 69(2), 105–118. <https://doi.org/10.1037/a0035641>
- Klimas, J., Tobin, H., Field, C.-A., O’Gorman, C. S., Glynn, L. G., Keenan, E., ... Cullen, W. (2014). Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009269.pub3>
- Landa-Ramírez, E., López-Gómez, A., Jiménez-Escobar, I., & Sánchez-Sosa, J. J. (2017). Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(6), 736–747.

- Lipowski, Z. J. (1986). Psychosomatic Medicine: Past and Present Part I. Historical Background. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *31*(1), 2–7.  
<https://doi.org/10.1177/070674378603100102>
- López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, Á. E., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, *54*(5), 403–409.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, *35*(9), 807–817.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Moorey, S., Cort, E., Kapari, M., Monroe, B., Hansford, P., Mannix, K., ... Hotopf, M. (2009). A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological Medicine*, *39*(05), 713. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004169>
- Munoz Sastre, M. T., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2011). Breaking Bad News: The Patient's Viewpoint. *Health Communication*, *26*(7), 649–655.  
<https://doi.org/10.1080/10410236.2011.561919>
- Naik, S. B. (2013). Death in the hospital: Breaking the bad news to the bereaved family. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, *17*(3), 178. <https://doi.org/10.4103/0972-5229.117067>
- Narayan, K. M. V., Kanaya, A. M., & Gregg, E. W. (2003). Lifestyle Intervention for the Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus: Putting Theory to Practice. *Treatments in Endocrinology*, *2*(5), 315–320. <https://doi.org/10.2165/00024677-200302050-00003>

- Ombres, R., Montemorano, L., & Becker, D. (2017). Death Notification: Someone Needs To Call the Family. *Journal of Palliative Medicine*, 20(6), 672–675.  
<https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0481>
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Quarterly*, 39(4, Pt. 1), 509–538.  
<https://doi.org/10.2307/3349375>
- Organización Mundial de la Salud (Ed.). (1978). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. *Development*, 47(2), 159–161.  
<https://doi.org/10.1057/palgrave.development.1100047>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons (Vol. 5). Recuperado de [http://www.who.int/kobe\\_centre/ageing/ahp\\_vol5\\_glossary.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=AE5D76EDE00D7BC442228BACA8E9BA06?sequence=1>
- Osterweis, M., Solomon, S., & Green, M. (Eds.). (1984). *Bereavement: Reactions, Consequences, and Care*. Washington: National Academies Press. Recuperado de <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3377016>
- Parkes, C. M. (1998). Bereavement in adult life. *BMJ : British Medical Journal*, 316(7134), 856–859.
- Parrish, G. A., Holdren, K. S., Skiendzielewski, J. J., & Lumpkin, O. A. (1987). Emergency department experience with sudden death: A survey of survivors. *Annals of*

*Emergency Medicine*, 16(7), 792–796. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(87\)80577-2](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(87)80577-2)

Patterson, D. R. (2005). Behavioral methods for chronic pain and illness: A reconsideration and appreciation. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 312–315.

<https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.3.312>

Plack, K., Herpertz, S., & Petrak, F. (2010). Behavioral medicine interventions in diabetes: *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 131–138.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366555>

Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature.

*JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 276(6), 496–502.

<https://doi.org/10.1001/jama.276.6.496>

Ptacek, J. T., Fries, E. A., Eberhardt, T. L., & Ptacek, J. J. (1999). Breaking bad news to patients: physicians' perceptions of the process. *Supportive Care in Cancer*, 7(3),

113–120. <https://doi.org/10.1007/s005200050240>

Reed, S., Kassis, K., Nagel, R., Verbeck, N., Mahan, J. D., & Shell, R. (2015). Breaking bad news is a teachable skill in pediatric residents: A feasibility study of an educational intervention. *Patient Education and Counseling*, 98(6), 748–752.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.015>

Rodríguez Maroto, O., Llorente Álvarez, S., Casanueva Gutierrez, M., Álvarez Álvarez, B.,

Menéndez Somoano, P., & De la Riva Miranda, G. (2004). Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Características clínico epidemiológicas.

*Emergencias*, 16, 17–22.

Sanchez-Sosa, J. J. (2016). Health psychology: prevention of disease and illness;

maintenance of health. *Encyclopedia of LifeSupportSystems (EOLSS)*, 1, 8.

- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Behavioral Medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, *1*(3), 249–251.  
<https://doi.org/10.1007/BF00846677>
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2018). Agenda Estadística 2017. Urgencias. Recuperado de  
[http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda\\_2017/urgencias.html](http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2017/urgencias.html)
- Shakeri, N., Fant, A., Gisondi, M. A., & Salzman, D. (2017). Assessment of Death Notification Skills Among Emergency Medicine Residents Using GRIEV\_ING in High-Fidelity Patient Simulation. *Medical Science Educator*, *27*(4), 881–886.  
<https://doi.org/10.1007/s40670-017-0449-6>
- Shoenberger, J., Yeghiazarian, S., Rios, C., & Henderson, S. (2013). Death Notification in the Emergency Department: Survivors and Physicians. *Western Journal of Emergency Medicine*, *14*(2), 181–185.  
<https://doi.org/10.5811/westjem.2012.10.14193>
- Stone, G. C. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *20*(1), 15–26.
- Toutin-Dias, G., Daglius-Dias, R., & Scalabrini-Neto, A. (2016). Breaking bad news in the emergency department: a comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. *European Journal of Emergency Medicine*, *1*.  
<https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000404>
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family & Community Medicine*, *12*(2), 63–70.

- Wallston, K. A. (1996). *Healthy, Wealthy, and Weiss: A History of Division 38 (Health Psychology)* [Data set]. American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/e588462012-001>
- Waters, E., de Silva-Sanigorski, A., Hall, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao, Y., ... Summerbell, C. D. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD001871.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub3>
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, Craving and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362–374. <https://doi.org/10.1037/a0019172>
- World Health Organization. (2016). *World health statistics. 2016*. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1482449>
- Zhang, M.-F., Wen, Y.-S., Liu, W.-Y., Peng, L.-F., Wu, X.-D., & Liu, Q.-W. (2015). Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients With Cancer. *Medicine*, 94(45).  
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000897>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>





## CAE

**Instrucciones para el entrevistado(a):** A continuación, voy a describirle formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar voy a leerle cada una de ellas y le pediré por favor que recuerde en qué medida (es decir, Nunca, A veces, Frecuentemente o Casi siempre) ha realizado cada una de estas cosas cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés.

Aunque estas preguntas a veces hacen referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que usted piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes que ha vivido recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

	0	1	2	3	4	Fact
1. Se convenció de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre le saldrían mal.						AN
2. Intentó centrarse en los aspectos positivos del problema.						RF
3. Cuando le venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarse en otras cosas.						E
4. Asistió a la Iglesia.						R
5. Intentó sacar algo positivo del problema.						RF
6. Se concentró en el trabajo o en otra actividad para olvidarse del problema.						E
7. Estableció un plan de acción y procuró llevarlo a cabo.						SF
8. Se comportó de forma hostil con los demás.						EA
9. Pidió a parientes o amigos que le ayudaran a pensar acerca del problema.						AS
10. Acudió a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.						R
11. Se sintió indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.						AN
12. Agredió a algunas personas.						EA
13. Procuró no pensar en el problema.						E
14. Hizo frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.						SF
15. Se dio cuenta de que por usted mismo no podía hacer nada para resolver el problema.						AN
16. Experimentó personalmente eso de que "no hay mal que por bien no venga."						RF
17. Se irritó con alguna gente.						EA
18. Pidió a algún amigo o familiar que le indicara cuál sería el mejor camino a seguir.						AS
19. Pensó detenidamente los pasos a seguir para enfrentarse al problema.						SF
20. Procuró que algún familiar o amigo lo escuchara cuando necesitó manifestar sus sentimientos.						AS
21. Acudió a la Iglesia a poner velas o rezar.						R



## HADS

**Instrucciones para el entrevistado(a):** A continuación, le haré preguntas referentes a su estado de ánimo. Por favor escuche con atención cada enunciado y las opciones de respuesta que le daré. Le pido por favor que me indique cuál se acerca más a su estado de ánimo **durante la última semana.**

				A	D
1. Se siento tenso(a) o nervioso(a):					
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0		
2. Sigue disfrutando de las cosas como siempre:					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
3. Siente una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:					
Sí y muy intenso 3	Sí, pero no muy intenso 2	Sí, pero no me preocupa 1	No siento nada de eso 0		
4. Es capaz de reírse y ver el lado gracioso de las cosas:					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
5. Tiene la cabeza llena de preocupaciones:					
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0		
6. Se siento alegre:					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
7. Es capaz de permanecer sentado(a), tranquilo(a) y relajado(a):					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
8. Se siento lento(a) y torpe:					
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0		
9. Experimenta una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
10. Ha perdido el interés por su aspecto personal:					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
11. Se siente inquieto(a), como si no pudiera dejar de moverse:					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
12. Espera las cosas con ilusión:					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
13. Experimenta de repente sensaciones de gran angustia o temor:					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
14. Es capaz de disfrutar con un buen programa de televisión o radio, o con un buen libro:					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
<b>Total:</b>					
<b>Puntos de corte:</b>		Ansiedad: 8		Depresión: 7	

¿Hay algún otro problema emocional que no le haya preguntado y me quiera comentar?:

---



---

Comentarios:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### Riesgo de suicidio

**Instrucciones para la aplicadora:** Aplicar las primeras 2 preguntas al familiar, si responde "No", realizar la siguiente pregunta: **Entiendo entonces que usted no ha pensado en el suicidio, ni ha planeado o a intentado suicidarse ¿es correcto?**

-Esperar la respuesta, si esta es negativa, marcar las preguntas 3, 4 y 5 como negativas.

-Si responde sí a cualquiera o a ambas de las preguntas 1 o 2, continuar con el resto del cuestionario de manera normal.

-En todos los casos, realizar la pregunta 6.

**Instrucciones para el encuestado:** A veces, cuando nos sentimos muy tristes y desesperados, no sabemos qué hacer y podemos llegar a pensar que sería mejor dejar de existir. Tomando esto en cuenta, a continuación voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con esta forma de sentirse:

Durante este último mes:

	No	Sí	Puntos
1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?			1
2. ¿Ha querido hacerse daño?			2
3. ¿Ha pensado en el suicidio?			6
4. ¿Ha planeado cómo suicidarse?			10
5. ¿Ha intentado suicidarse?			10
6. A lo largo de su vida, ¿alguna vez ha intentado suicidarse?			4

**Instrucciones para la aplicadora:**

¿Codificó <b>Sí</b> en por lo menos 1 respuesta?	Sí	No
Si <b>Sí</b> , sume el número total de puntos de las respuestas (1 – 6). Marcar con una X “ <b>Sí</b> ” y especificar el nivel de riesgo de suicidio.	<b>Riesgo de suicidio</b>	
	1 – 5 puntos	Leve
	6 – 9 puntos	Moderado
	≥ 10 puntos	Alto

Comentarios:


**Trastorno por duelo prolongado PG-13****Instrucciones para la entrevistadora:**

A continuación, se presentan las instrucciones para valorar los criterios diagnósticos del trastorno por duelo prolongado. Todos los criterios de la A a la E deben estar presentes para diagnosticar a un individuo de trastorno por duelo prolongado.

- A. Pérdida de un ser querido. Para cumplimentar el PG-13 se asume que la persona ha sufrido la muerte de un ser querido.
- B. Ansiedad por separación. Las preguntas 1 y 2 debe haberlas respondido con una puntuación de 4 ó 5.
- C. Duración sintomática. Los síntomas de ansiedad por separación deben estar presentes seis meses o más después del fallecimiento del ser querido. En la pregunta número 3 debe haber contestado “Sí”.
- D. Síntomas cognitivos, emocionales y conductuales. En 5 preguntas de la 4 a la 12 debe haber respondido con una puntuación de 4 ó 5.
- E. Deterioro funcional. La persona en duelo debe presentar un deterioro significativo en su funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes de su vida (por ejemplo, en sus obligaciones domésticas). En la pregunta número 13 debe haber contestado “Sí”.

**Instrucciones para el encuestado:**

PARTE I – A continuación, le haré algunas preguntas referentes a cómo se la ha pasado desde el fallecimiento de (mencionar nombre del fallecido o parentesco). Le pido por favor que escuche atentamente cada uno de los enunciados que voy a leerle, así como las opciones de respuesta, y me indique cuál es la que mejor describe su situación:

					¿Cumple el criterio?
1. En el último mes, ¿cuántas veces ha deseado de forma intensa que su familiar estuviera con usted, o ha recordado su ausencia con una enorme y profunda tristeza?:					
Nunca 1	Al menos una vez al mes 2	Al menos una vez a la semana 3	Al menos una vez al día 4	Varias veces al día 5	
2. En el último mes, ¿cuántas veces ha tenido momentos de intenso sufrimiento emocional, pena o punzadas de dolor relacionados con la muerte de su ser querido?					
Nunca 1	Al menos una vez al mes 2	Al menos una vez a la semana 3	Al menos una vez al día 4	Varias veces al día 5	
3. Pasados 6 meses de la pérdida de su ser querido, ¿continúa experimentando alguno de los síntomas de las preguntas 1 y 2, al menos una vez al día?					
No		Sí			
4. En el último mes, ¿cuántas veces ha tratado de evitar aquellas cosas, lugares, situaciones o personas, que le recuerden que su ser querido ha fallecido?					
Nunca 1	Al menos una vez al mes 2	Al menos una vez a la semana 3	Al menos una vez al día 4	Varias veces al día 5	
5. En el último mes, ¿cuántas veces se ha sentido confundido/a, aturdido/a o paralizado/a por su pérdida?					
Nunca 1	Al menos una vez al mes 2	Al menos una vez a la semana 3	Al menos una vez al día 4	Varias veces al día 5	

PARTE II – *Instrucciones:* en las siguientes preguntas, le pido que por favor me indique cuál respuesta describe mejor cómo se siente **actualmente**.

6. ¿Se siente confundido acerca de su papel en la vida o como si no supiera quién es en realidad (por ejemplo, sentir como si se hubiera muerto una parte de usted mismo)?					
No, en absoluto 1	Un poco 2	Bastante 3	Mucho 4	Muchísimo 5	
7. ¿Le cuesta aceptar la pérdida de su ser querido?					
No, en absoluto 1	Un poco 2	Bastante 3	Mucho 4	Muchísimo 5	
8. ¿Le cuesta confiar en los demás después de la pérdida de su ser querido?					
No, en absoluto 1	Un poco 2	Bastante 3	Mucho 4	Muchísimo 5	
9. ¿Siente amargura por su pérdida?					
No, en absoluto 1	Un poco 2	Bastante 3	Mucho 4	Muchísimo 5	



### Notificación de muerte

**Instrucciones para el entrevistado:** a continuación, le voy a hacer preguntas referentes su estancia en el área de urgencias en el tiempo en el que su familiar falleció, y a su interacción con los médicos, le pido por favor que haga todo el esfuerzo que pueda por recordar lo que le voy a preguntar.

#### Contacto previo con personal médico

Informe de estado de salud general			Informe de alta probabilidad de muerte			Informe de maniobras de resucitación		
Sí	No	N/A	Sí	No	N/A	Sí	No	N/A
En caso de informe de alta probabilidad de muerte. ¿Se le dio oportunidad de despedirse <b>antes</b> del fallecimiento?						Sí	No	N/A
¿Se entrevistó con más de un médico durante su estancia en urgencias?						Sí	No	
¿Tuvo contacto con el médico que dio la notificación antes del fallecimiento?						Sí	No	

### GRIEV\_ING Familiar

**Instrucciones para el entrevistado(a):** Ahora voy a pedirle por favor que recuerde lo mejor que pueda el momento en el que el médico le notificó que (mencionar el nombre del fallecido o su parentesco) había fallecido. Le pido por favor que me indique si el médico realizó o no las acciones que le describiré a continuación.

**Instrucciones para la aplicadora:** se colocará una marca en SÍ (Lo realizó), NO (No lo realizó) o N/A (No Aplica).

El médico...

	SÍ	NO	N/A
<b>G – Reunir</b>			
1. ¿Se aseguró de que más de un familiar estuviera presente antes de la notificación de muerte?			
<b>R – Recursos</b>			
2. ¿Investigó acerca de los recursos de apoyo que pudieran ayudarle con su proceso de duelo (por ejemplo: servicios religiosos, de psicología, trabajo social, funerarios, familiares y amigos)?			
3. ¿Le facilitó el acceso a los recursos de apoyo?			
<b>I – Identificar</b>			
4. ¿Le mencionó claramente el nombre de su familiar o su parentesco?			
5. ¿Se presentó con usted?			
6. ¿Le mencionó claramente su papel en el cuidado de su familiar?			
<i>Evaluación de la comprensión</i>			
7. ¿Determinó el nivel de información que usted y su familia poseían antes de su llegada al área de urgencias?			

	SÍ	NO	N/A
8. ¿Le presentó una introducción adecuada (es decir: evitó hablar con rodeos, de manera brusca sin dar aún la mala noticia)?			
<b>E – Educar</b>			
9. ¿Le Indicó claramente la cronología de los acontecimientos que llevaron a la muerte de su familiar?			
10. ¿Utilizó frases preparatorias para la mala noticia (como: <i>lamento informarle que... me gustaría tener mejores noticias</i> )?			
11. ¿Le indicó claramente la causa de la muerte de una manera fácil de entender?			
12. ¿Usó un lenguaje adecuado considerando su contexto cultural y nivel escolar?			
13. ¿Le proporcionó un resumen de la información importante para asegurarse de que usted entendió la noticia?			
<b>V – Verificar</b>			
14. ¿Usó la frase "ha muerto" o "ha fallecido"?			
15. ¿Evitó utilizar eufemismos (es decir, frases como: "se ha ido", "se nos adelantó", "ya no está con nosotros")?			
16. ¿Evitó terminología médica o le explicó claramente estos términos cuando los utilizó?			
<b>_ - Espacio</b>			
17. ¿Se mostró atento y sin prisas en su interacción con usted y familia?			
18. ¿Hizo una pausa para permitir que usted y su familia asimilaran la información antes de discutir los detalles?			
<b>I – Preguntar</b>			
19. ¿Les dio tiempo a usted y su familia para que procesaran la información, hicieran preguntas o expresaran inquietudes?			
20. ¿Les animó a usted y a su familia a que hicieran un resumen de la información importante y comprobar su comprensión?			
21. ¿De forma inmediata y apropiada corrigió cualquier malentendido?			
<b>N - "Información básica"</b>			
¿Explicó y proporcionó los siguientes detalles acerca de la atención post-mortem del paciente de forma respetuosa?			
22-A. ¿Donación de Órganos?			
22-B. ¿La necesidad de una autopsia?			
22-C. ¿Arreglos funerarios?			
22-D. ¿Artículos personales?			
<b>G – Dar</b>			
23. ¿Se mostró accesible para responder a futuras preguntas (dudas, inquietudes) que tuvieran usted o su familia?			
24. ¿Les otorgó información apropiada a usted o a su familia para ponerse en contacto con él en cualquier otro momento?			
25. ¿Les otorgó información apropiada a usted o su familia para ponerse en contacto con los servicios de psicología, trabajo social, religiosos, funerarios?			

Puntaje total: \_\_\_\_\_

Porcentaje: \_\_\_\_\_

<b>Punto de corte:</b>	55%
------------------------	-----

*Notificación*

Lugar donde se notificó:				Percepción de Duración:
Pasillo	Sala de espera	Cubículo	Hospitalización	

Otro, especifique:

¿Tuvo oportunidad de despedirse de su familiar <b>después</b> de la notificación?	Sí	No
¿El médico le dio alguna indicación luego de la notificación? (Por ejemplo, trámites a seguir, qué debía hacer).	Sí	No
¿Recibió apoyo psicológico antes o después de la notificación?	Sí	No

*Respuesta de los familiares*

**Instrucciones para la aplicadora:** pregunte (de manera abierta) al familiar cuál fue su respuesta luego de recibir la notificación y marque con  $\checkmark$  una o más de las siguientes, según el familiar las mencione:

Emociones/Sensaciones "negativas"	Conductas	Emociones/Sensaciones "positivas"
Ataque de ansiedad	Acusaciones	Aceptación
Confusión		
Crisis	Conducta agresiva	Escasa/Nula expresión emocional.
Culpa		
Desconcierto	Desvanecimiento (sin perder la consciencia)	Gratitud
Desesperanza		
Despersonalización	Gritos	Tranquilidad
Enojo (hacia sí mismo, otros familiares o personal de salud)		
Impotencia	Llanto (leve, moderado o intenso)	
Incredulidad		
Malestar físico	Maldiciones	
Miedo		
Negación	Rezos	
Shock		
Tristeza	Temblores (en las manos, en el cuerpo)	

Otro (especifique):

Tiempo que duró la respuesta emocional:

Del 1 al 10, donde 1 es la calificación más baja y 10 la más alta, ¿cómo calificaría su nivel de satisfacción con la forma en que el médico le dio la notificación del fallecimiento de su ser querido?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

¿Por qué?:

¿Tiene alguna queja que desee comentar?

¿Qué recomendaría para mejorar el servicio?

Comentarios:

### Del estado del familiar durante la llamada

**Instrucciones para la entrevistadora:** Favor de contestar esta sección al término de la llamada:

¿El familiar presentó alguna respuesta emocional durante la llamada?	Sí	No
--	----	----

En caso afirmativo, especifique cual:

¿En qué etapa de la entrevista se presentó esta respuesta?

Datos generales del fallecido	Afrontamiento	GRIEV_ING	Ansiedad/Depresión	Duelo	Riesgo suicida
-------------------------------	---------------	-----------	--------------------	-------	----------------

¿El familiar requirió apoyo psicológico durante la llamada?	Sí	No
---	----	----

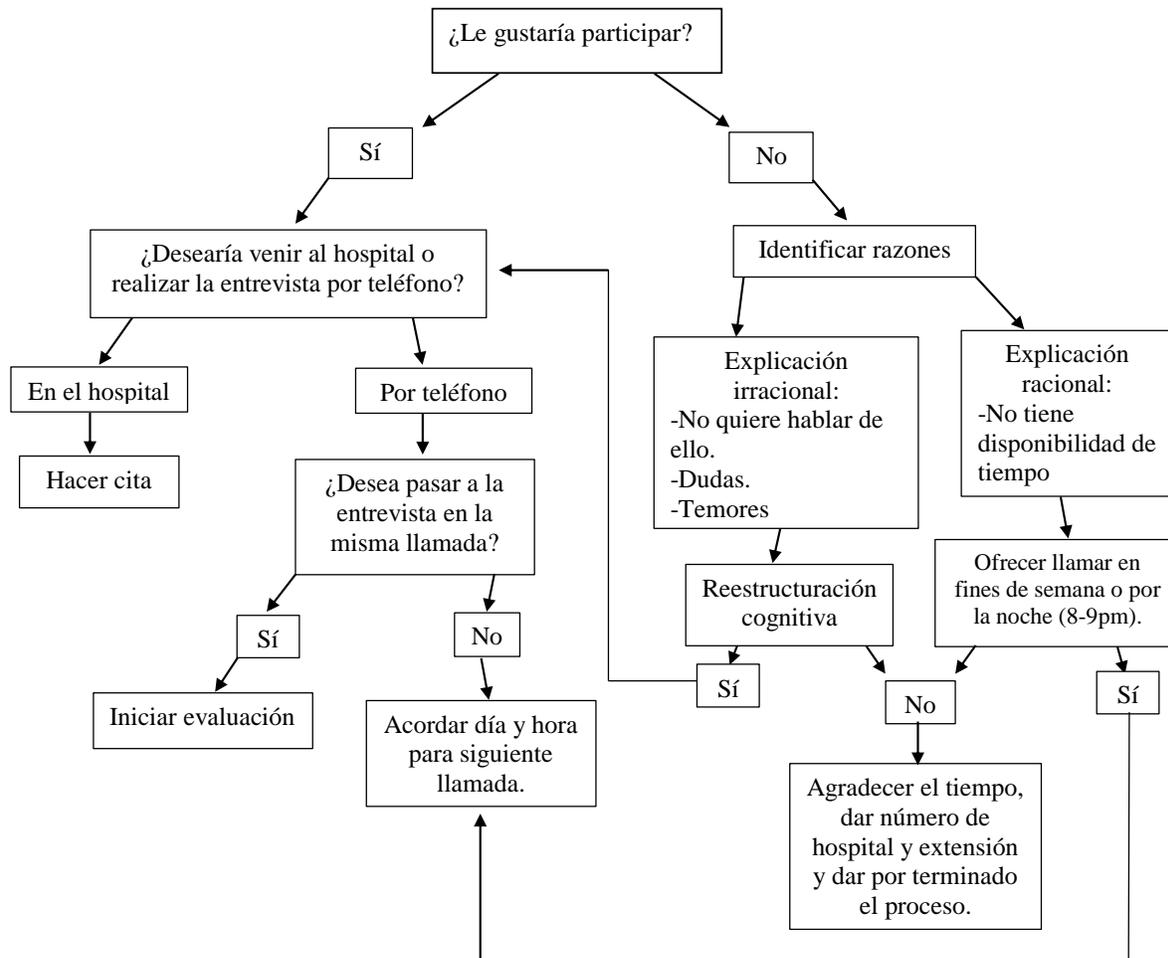
En caso **afirmativo**, especificar cuál fue el trabajo realizado con el familiar:

¿El familiar fue canalizado?	Sí	No
------------------------------	----	----

En caso afirmativo, especifique a dónde:

**Lista de cotejo acciones realizadas durante la llamada – Contacto Inicial.**

	<b>Lo realizó</b>	<b>No aplica</b>
<b>1. Iniciar grabación desde que el teléfono suena.</b>		
<b>2. Apuntar hora de inicio de la llamada.</b>		
<p><b>3. Guion inicial:</b></p> <p><u>Celular:</u> <i>Hola, buenas tardes (días, noches), mi nombre es (Nombre de la entrevistadora), soy psicóloga, llamo del área de Urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González, donde estuvo hospitalizado el (la) Sr. (Sra.) (Nombre del paciente fallecido). ¿Hablo con la (el) Sra. (Sr.) (Nombre proporcionado por el familiar que dejó el contacto)?</i></p> <p><u>Local:</u> <i>Hola, buenas tardes (días, noches), mi nombre es (Nombre de la entrevistadora), soy psicóloga, llamo del área de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González, donde estuvo hospitalizado el (la) Sr. (Sra.) (Nombre del paciente fallecido). ¿Me comunica por favor con la Sra. (Nombre proporcionado por el familiar que dejó el contacto)?</i></p>		
<p><b>4. Objetivo de la llamada:</b></p> <p><i>El motivo de mi llamada está relacionado con el fallecimiento del (la) Sr. (Sra.) (mencionar nombre del fallecido). Nosotros nos encontramos realizando un estudio en donde nos interesa muchísimo conocer la experiencia de los familiares en el área de urgencias de este hospital en el tiempo en que falleció su ser querido, así como saber cómo ha estado su estado de ánimo desde el fallecimiento pues, sabemos que la pérdida de un ser querido es una situación complicada en diversos sentidos y nos interesa escuchar a los usuarios de este servicio para poder idear formas de ayudar a las personas que deban atravesar por una situación similar en el futuro.</i></p>		
<p><b>5. Objetivo, invitación:</b></p> <p><i>Mi intención es invitarla(o) a participar respondiendo algunas preguntas referentes a su ser querido, a usted misma(o) y a cómo ha estado su estado de ánimo desde el fallecimiento, esto mediante una entrevista que puede ser aquí en el hospital o por teléfono, según a usted le parezca más conveniente. La entrevista tiene una duración promedio de 35 minutos.</i></p>		
<p><b>6. Confidencialidad:</b></p> <p><i>La información que usted nos proporcione será manejada con estricta confidencialidad y es totalmente de carácter psicológico. Será utilizada para fines de publicación académica como artículos científicos o tesis, siempre con el cuidado de no revelar su identidad.</i></p>		
<p><b>7. Teléfono hospital:</b></p> <p><i>Si tiene alguna duda, puede comunicarse al número del Hospital Gea González, ¿tiene dónde apuntar?</i></p> <p><i>El número es el 4000 3000 y la extensión del servicio de Psicología de Urgencias es 6750, usted puede llamar en un horario de lunes a viernes de 7:00 de la mañana a 3:00 de la tarde.</i></p>		
<p><b>8. Tema delicado:</b></p> <p><i>Si usted accede, es importante que le comente que los temas de los que hablaremos son sensibles y pueden generarle algún malestar, si eso sucediera, usted debe saber que yo estoy totalmente capacitada para apoyarlo(a) durante la llamada en los temas que puedan ser difíciles para usted y, si es necesario, al final le daré datos de un lugar donde le podrán brindar atención psicológica de manera más continua. De cualquier manera, usted puede detener la entrevista en el momento que lo desee, y podemos retomarla en otro momento o detenerla definitivamente.</i></p>		
<p><b>9. Retroalimentación:</b></p> <p><i>Una vez que terminemos la entrevista, yo le daré retroalimentación con base en las cosas que yo identifique de lo que hayamos platicado.</i></p>		
<b>10. Flujograma:</b>		



### Lista de cotejo acciones realizadas durante la llamada – Evaluación.

	Lo realizó	No aplica
<p><b>1. Saludo inicial (sólo en caso de segunda llamada):</b>  <i>Hola, muy buenas tardes (días, noches), habla la psicóloga (nombre de la evaluadora) de Psicología de Urgencias del hospital general Dr. Manuel Gea González. Le llamo debido a que acordamos que le llamaría el día de hoy para platicar en referencia a su experiencia en el área de urgencias de este hospital en el tiempo en que falleció el (la) Sr. (Sra.) (mencionar nombre del fallecido), así como de su estado de ánimo desde entonces. ¿Le parece bien si comenzamos?</i></p>		
<p><b>2. Espacio adecuado:</b>  <i>Antes de iniciar con la entrevista, le pido por favor que, de ser posible, busque un espacio privado donde pueda permanecer tranquilo y cómodo mientras hablamos, por ejemplo, en</i></p>		

<p><b>1. Continuación de llamada:</b> Vamos a empezar con algunos datos suyos, algunos se los preguntaré y otros los vamos a corroborar, ¿está bien?</p>		
<p><b>2. Aplicación de la batería</b></p>		
<p><b>3. Cansancio del familiar – término del primer cuestionario:</b> Muy bien Sra. (Sr.) (mencionar nombre de familiar), hemos terminado con el primer cuestionario, los que nos hacen falta son más pequeños, ¿Cómo va?</p>		
<p><b>4. Cansancio del familiar – otro momento de la batería:</b> La(o) noto cansada(o) Sra. (Sr.) (mencionar nombre del familiar), ¿seguimos con la entrevista? O, si lo prefiere, podemos parar aquí y continuar en otro momento</p>		
<p><b>5. En caso de interrupción de la llamada, acordar fecha y hora para siguiente llamada.</b></p>		
<p><b>6. Retroalimentación – solicitud de tiempo de espera:</b> Hemos terminado con la entrevista Sra. (Sr.) (Mencionar nombre del familiar). Ahora es importante que yo le comunique lo que he podido identificar con la información que usted me ha hecho favor de proporcionarme, para lo cual debo revisar y resumir lo que estuvimos platicando. Le pido por favor que me permita 5 minutos, y en seguida le devuelvo la llamada para comentarle lo que he identificado, ¿le parece bien?</p>		
<p><b>7. Calificación de batería y análisis de la información</b></p>		
<p><b>8. Llamar de nuevo al familiar y agradecimiento tiempo de espera:</b> Listo Sra. (Sr.) (mencionar nombre del familiar), ya terminé con mi revisión, le agradezco mucho su tiempo de espera.</p>		
<p><b>9. Retroalimentación – Hablar de su ser querido.</b> Le comento que, de acuerdo con lo que estuve revisando... Mencionar su estado de ánimo mientras habló de su ser querido.</p>		
<p><b>10. Retroalimentación – Urgencias.</b> Resumen – experiencia en el servicio de urgencias al momento de la notificación.</p>		
<p><b>11. Retroalimentación – CAE.</b> Interpretación – resultados CAE.</p>		
<p><b>12. Retroalimentación – HADS.</b> Interpretación – resultados HADS.</p>		
<p><b>13. Retroalimentación – PG-13.</b> Interpretación – resultados PG-13.</p>		
<p><b>14. Retroalimentación – Riesgo de Suicidio.</b> Interpretación – resultados Riesgo de suicidio.</p>		
<p><b>15. Retroalimentación – Puntos resilientes.</b> Mencionar puntos resilientes.</p>		
<p><b>16. Canalización (sólo si aplica):</b></p>		
<p><b>17. Cierre – agradecer tiempo:</b> Le agradezco muchísimo su tiempo y su confianza, Sra. (Sr.) (mencionar nombre de familiar). Le reitero que su participación es de gran valor para el servicio de Urgencias del Hospital Gea González y tenga por seguro que los datos que nos ha proporcionado son de gran utilidad para mejorar nuestro servicio. Sé que estos temas no siempre son fáciles de hablar, y le agradezco muchísimo que haya compartido su experiencia conmigo.</p>		

<p><b>1. Cierre - Objetivo de la llamada:</b>  <i>Sin canalización:</i> Le recuerdo que el objetivo de esta llamada fue conocer su experiencia en el área de urgencias en el tiempo en que falleció (mencionar parentesco o nombre del fallecido), e identificar cómo ha estado su estado de ánimo desde entonces, para con ello, idear formas de ayudar a otras personas que deban atravesar por una experiencia similar en el futuro.</p> <p><i>Con canalización:</i> Le recuerdo que el objetivo de esta llamada fue conocer su experiencia en el área de urgencias en el tiempo en que falleció (mencionar parentesco o nombre del fallecido), e identificar cómo ha estado su estado de ánimo desde entonces, para con ello, idear formas de ayudar a otras personas que deban atravesar por una experiencia similar en el futuro. Acordamos que usted acudirá a (mencionar lugar de canalización) para solicitar una cita para que puedan ayudarle a sentirse mejor.</p>		
<p><b>2. Cierre – preguntar si hay dudas hasta el momento:</b></p>		
<p><b>3. Cierre – llamada de seguimiento</b> (sólo si aplica):  Dado que es de suma importancia tener conocimiento de su experiencia en (mencionar lugar de canalización), es necesario que vuelva a llamarle para saber se sintió cómodo, si le gustó el servicio y si sintió que le ayudaron ¿le parece bien si acordamos qué día y a qué hora le puedo llamar?</p>		
<p><b>4. Cierre – Número del hospital:</b>  Le recuerdo que el teléfono del hospital es el 4000 3000 y la extensión del servicio de Psicología de Urgencias es 6750, usted puede llamar en un horario de lunes a viernes de 7:00 de la mañana a 3:00 de la tarde.</p>		
<p><b>5. Cierre – Preguntar si hay dudas:</b>  Hasta ahorita ¿tiene alguna duda o inquietud?</p>		
<p><b>6. Cierre – Terminación de llamada:</b>  Nuevamente le agradezco mucho su tiempo. Le recuerdo que mi nombre es (mencionar nombre y profesión), eso sería todo de mi parte. Hasta luego.</p>		
<p><b>7. Apuntar hora de término y duración de la llamada</b></p>		