



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

NOTIFICACIÓN DE MUERTE EN URGENCIAS MÉDICAS:
DESCRIPCIÓN DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO,
SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Cristiny Hernández de la Rosa

JURADO DE EXAMEN:

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez

COMITÉ: Dra. María del Socorro Contreras Ramírez

Lic. Eduardo Arturo Contreras Ramírez

Mtra. Xóchitl Alejandra Becerril Plascencia

Dra. Ana Teresa Rojas Ramírez



CIUDAD DE MÉXICO

MAYO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

En primer lugar agradezco intensamente a la Universidad Nacional Autónoma de México, que me ha formado académica y profesionalmente, permitiendo desarrollarme de manera integral. Gracias por cada una de las experiencias académicas, deportivas, culturales y sociales que me ha concedido disfrutar.

A las maravillosas personas que conocí a lo largo de esta trayectoria, a cada uno de los profesores que con gran conocimiento, respeto y docencia realizaron aportes a mi formación y que han dejado más de una enseñanza en mi vida. Me llena de mucho orgullo pertenecer a la máxima casa de estudios. ¡Por mi raza hablará el espíritu!

A mis amigos, a todos aquellos que estuvieron presentes durante los días de mucho trabajo y estudio, en los momentos más estresantes, pero también en los momentos divertidos, gracias por los consejos, las largas pláticas y las palabras de aliento, haciendo más llevadera mi vida universitaria.

De manera especial expreso mi gratitud a mis profesores: Dra. María del Socorro Contreras, Mtra. Alejandra Xóchitl Becerril, Dra. Ana Teresa Rojas y Lic. Eduardo Arturo Contreras, quienes me formaron académicamente a lo largo de la licenciatura. Gracias por su disposición, por las aportaciones a este trabajo y sobre todo por confiar en mí y motivarme a seguir creciendo profesionalmente.

Agradezco profundamente al Dr. Edgar Landa por brindarme la oportunidad de pertenecer a su equipo, compartirme sus conocimientos durante mi desarrollo en la práctica clínica y ser pieza fundamental de este trabajo. Infinitamente gracias por todo el apoyo, la confianza, los consejos, por los ánimos y por el tiempo proporcionado.

De igual modo expreso mi agradecimiento al Dr. Alejandro Serrano, al Dr. Antonio López y a los miembros del Hospital General Dr. Manuel Gea González que han brindado su apoyo al trabajo que realiza el departamento de psicología de urgencias.

Me permito decir que el desarrollo de este trabajo no fue sencillo, pero disfruté de cada momento, en gran medida gracias a mis compañeras de trabajo que se convirtieron en grandes amigas, he hicieron de esta etapa una de las mejores experiencias:

A Nadia por compartir tu experiencia, por los consejos, abrazos y palabras de aliento que me fortalecieron, Alejandra S. por la complicidad, el apoyo y transmitir tus conocimientos, Alejandra M. por tu comprensión y apoyo durante este proceso, Myriam y Lesly gracias por las motivaciones.

Al equipo de psicología urgencias, por todo el apoyo brindado desde el primer día que me integre, por las aportaciones de conocimientos que me permitieron desarrollarme en el ámbito hospitalario y por los buenos momentos.

A Dios por cada día que me ha permitido continuar con fuerzas y empeño, por cada experiencia y momentos de aprendizaje... por este nuevo triunfo.

La vida puede ser dura pero el mérito de terminarla con éxito es un privilegio reservado para valientes, por ello quiero agradecer a mi abuelo Enrique de la Rosa (†), a quién aún sigo admirando y de quien aprendí a continuar a pesar de las adversidades y disfrutar de cada detalle de la vida.

Gracias a cada uno de los miembros de mi familia, que con su amor, sus consejos y apoyo me han acompañado a lo largo de la vida.

Finalmente con todo mi amor y agradecimiento quiero dedicar este logro a mis padres Herlinda de la Rosa e Ignacio Hernández, porque representan el amor que siempre me impulsó a realizar este sueño, por creer en mí, siendo ustedes la motivación para tomar nuevos retos en la vida. Gracias por su paciencia, esfuerzo, cariño y apoyo incondicional que en todo momento me brindaron. Para ustedes con todo mi amor.

INDICE

Agradecimientos	1
Resumen	5
Introducción.....	6
Capítulo 1: Psicología de la salud.....	8
Capítulo 2 Estilos de afrontamiento, sintomatología ansiosa y depresiva después de la notificación de muerte.....	19
Método.....	42
Diseño.....	42
Participantes.....	42
Criterios de inclusión:.....	43
Criterios de exclusión.....	43
Criterios de eliminación.....	43
Mediciones	44
Instrumentos	45
Procedimiento	48
Análisis de datos	55
Resultados	56
Discusión	69
Conclusiones.....	77
Referencias	80
ANEXOS	92

Resumen

El objetivo de este trabajo fue identificar y describir los estilos de afrontamiento, la sintomatología ansiosa, depresiva así como las características de los cuidadores primarios informales que recibieron una notificación de muerte en el área de urgencias del “Hospital General Dr. Manuel Gea González”. Mediante un estudio no experimental, transversal y de carácter exploratorio-descriptivo, en el que participaron 8 cuidadores primarios informales con edades entre los 27 y 56 años; fueron 4 mujeres y 4 hombres, 5 de los cuidadores eran pareja del paciente fallecido y 3 eran hijos. Los datos se obtuvieron mediante la Escala de Afrontamiento al Estrés y la escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión. Los resultados indicaron la presencia de sintomatología ansiosa en 3 de los 8 cuidadores y sintomatología depresiva en 4 de los 8 cuidadores. Por otra parte, los estilos de afrontamiento más utilizados por los participantes fueron: solución de problemas, seguido de reevaluación positiva, por el contrario, los estilos de afrontamiento menos utilizados resultaron ser: expresión emocional abierta y religión. Lo que permite inferir que los estilos de afrontamiento podrían mediar los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, siendo los estilos de afrontamiento centrados al problema los que probablemente promuevan un menor riesgo de presentar síntomas de ansiedad y depresión.

Palabras clave: notificación de muerte; sintomatología depresiva; sintomatología ansiosa; departamento de urgencias; estilos de afrontamiento, cuidadores.

Introducción

El servicio de urgencias médicas es la especialidad donde se atienden problemas de salud que ponen en peligro la vida de los pacientes, por tal motivo, una de las actividades realizada con mayor frecuencia es la comunicación de malas noticias, entre ellas, la notificación de muerte. Se estima que un 15.2% de las muertes en hospitales ocurren dentro del área de urgencias. En la ciudad de México se reportaron 2,113 defunciones dentro del departamento de urgencias durante el 2017. Mientras que, el Hospital General Dr. Manuel Gea González reportó 67 fallecimientos en un periodo de tres meses en el 2018, dentro de las principales causas de muerte se encuentran enfermedades metabólicas y crónicas degenerativas.

El estudio de los estilos de afrontamiento como mediadores del desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva, después de recibir la noticia de muerte de un ser querido, se vuelve sumamente relevante, pues, pueden intervenir de manera adaptativa en una situación difícil por la que todas las personas atravesarán en algún momento de su vida.

Asimismo, con base en los datos obtenidos se puede decir que son frecuentes los problemas emocionales en los familiares después de la muerte de un ser querido. Sin embargo, no existen estudios al respecto, reportados en la literatura dentro del área de urgencias médicas, para poder abordar esta problemática de manera más amplia y a modo de que, la información obtenida permita el desarrollo de programas e intervenciones en beneficio de los cuidadores que reciban esta mala noticia.

Es así, como surge este proyecto de carácter exploratorio y descriptivo, cuya importancia muestra un esfuerzo de realizar un primer acercamiento para identificar los estilos de afrontamiento mediante el modelo teórico propuesto por Lazarus y Folkman (1986), y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los cuidadores que recibieron una notificación de muerte, en el área de urgencias médicas del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Con lo anteriormente mencionado el primer capítulo de este trabajo aborda la transición epidemiológica, la cual, refiere el impacto de las dimensiones biológicas, ambientales, económicas y sociales en el proceso de salud-enfermedad y el impacto en mortandad, a su vez, cómo estos cambios han llevado a cubrir diferentes necesidades atravesando de un modelo biomédico, a un modelo biopsicosocial.

En el segundo capítulo; mediante una revisión de la literatura, se muestra la epidemiología de defunciones dentro del servicio de urgencias, así como las repercusiones que estas tienen en médicos y familiares, a su vez, los esfuerzos que se han hecho para identificar y atender las diferentes necesidades manifestadas por quienes reciben la noticia de muerte de un familiar, a nivel internacional y nacional, sin embargo, las investigaciones reportadas dentro del área de urgencias son nulas.

Capítulo 1: Psicología de la salud

En la conferencia internacional de salud de 1946, la organización mundial de la salud (OMS) en su carta constitutiva, conceptualizó la salud como el “Estado de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (Organización Mundial de la Salud, 1946); y en 1978 retomando ese principio en su declaración de Alma-Ata destacó, la importancia de implementar medidas que involucren esfuerzos coordinados entre sectores de salud, económicos, sociales y gubernamentales, a nivel nacional e internacional, para la promoción y protección de la salud, de manera equitativa y justa en todas las personas, contribuyendo así al desarrollo social y económico, mejorando la calidad de vida (Organización Mundial de la Salud, 1978).

A lo largo de la historia de la humanidad, han ocurrido diversos cambios demográficos, económicos y sociales que han provocado un impacto para poder llegar al concepto actual de salud propuesta por la OMS. De acuerdo con la teoría de transición epidemiológica propuesta por Omram (1971) se plantean cinco proposiciones donde se puede identificar la relación entre estos cambios y el concepto de salud-enfermedad:

Primera proposición: la mortalidad como factor importante en la dinámica de la población; dado que, la disminución o crecimiento poblacional está directamente relacionado con los niveles de mortalidad, anteriormente las primeras poblaciones mantenían una tasa de crecimiento poblacional baja debido a la presencia de epidemias y desnutrición resultando en picos altos de mortalidad.

Segunda proposición: cambios en los patrones de enfermedad y mortalidad a largo plazo; los niveles de mortalidad disminuyen, aumentando la expectativa de vida, pasando de enfermedades infectocontagiosas a enfermedades crónico-degenerativas, dentro de esta propuesta se distinguen tres etapas:

1) Era de pestes y hambruna, representada por altos niveles de mortalidad impidiendo el crecimiento de la población, la expectativa de vida oscilaba entre 20 a 40 años.

2) Fase de pandemias retraídas, con el desarrollo de antibióticos las enfermedades infecciosas transmisibles fueron disminuyendo y con ellas la tasa de mortalidad, provocando un aumento en la expectativa de vida colocándose entre los 30 a 50 años, lo que generó un incremento en el crecimiento poblacional.

3) Etapa de enfermedades degenerativas y creadas por el hombre, en este punto la fertilidad se convierte en factor importante para el crecimiento de la población, la expectativa de vida aumenta superando los 50 años. En esta fase predominan las enfermedades crónicas y degenerativas, durante este proceso se toman en cuenta los siguientes determinantes:

- Eco biológico, los agentes patógenos, la hostilidad del ambiente y la resistencia del huésped.
- Socioeconómico, político y cultural; mediante el desarrollo de hábitos de salud, higiene y nutrición según el contexto de cada uno de estos en la población.

- Salud pública y atención médica, enfocada en generar medidas preventivas y curativas para combatir enfermedades.

Tercera proposición: el impacto más evidente en patrones de salud durante la transición epidemiológica se da en niños y mujeres jóvenes, pues esta población era la más susceptible a enfermedades infecciosas. Durante este proceso aumentó la esperanza y supervivencia de vida, influenciada principalmente por mejoras en nutrición y medidas de salud.

Cuarta proposición: los cambios en salud y enfermedad están relacionados con cambios demográficos y socioeconómicos, productos de la modernización en los cuales influyen los siguientes factores:

- Bio fisiológicos, el intervalo entre nacimientos aumenta y la tasa de reproducción disminuye conforme aumenta la esperanza de vida.
- Socioeconómicos, las mejoras en salud y nutrición incrementan la probabilidad de supervivencia; a su vez, los avances tecnológicos facilitan el control de natalidad, impactando en una menor deseabilidad de tener muchos hijos, debido a cambios en el sistema social y económico, colocando a los niños como una responsabilidad económica en mayor medida y no tanto, un activo.
- Emocionales y psicológicos, las mejoras en calidad de vida infantil así como los altos niveles de supervivencia, particularmente la de un hijo, permiten asumir una nueva dimensión emocional, atribuyendo que en familias pequeñas los niños tienen mejores niveles de protección, cuidado y educación, facilitando practicar el control de natalidad.

Quinta proposición: los cambios en los patrones de salud enfermedad provocados por la transformación en la dinámica social y económica a través del tiempo, se identifican en tres modelos básicos de la transición epidemiológica:

- Modelo occidental o clásico: integrado principalmente por países desarrollados, por ejemplo, Inglaterra, Gales y Suecia, permite identificar una transición gradual y progresiva, pasando de una mortalidad alta aproximadamente de 30 personas por cada 1000 a 10 por cada 1000, y de una tasa alta de fertilidad 40 por cada 1000 a 20 por cada 1000, estos cambios fueron influenciados por la revolución industrial y educativa, mejorando factores sociales, económicos y ambientales.
- Modelo acelerado: conformado por Japón, la transición de la etapa de las epidemias a las enfermedades crónicas degenerativas disminuyó al igual que los índices de mortalidad en un periodo muy corto, la principal influencia fue la revolución médica.
- Modelo contemporáneo o retardado: constituido por países en vías de desarrollo, como Chile y Ceilán, aunque los índices de mortalidad han disminuido, aún existen problemas de mortalidad infantil y los niveles de fertilidad continúan siendo altos.

Armelagos, Brown, y Turner (2005) plantean la transición epidemiológica de salud-enfermedad desde una perspectiva histórica, económica y política, en conjunto con las relaciones ecológicas, identificando el factor social como componente fundamental en este proceso, y su influencia para que una población

sea sostenible, tomando esto en cuenta explican la transición de la siguiente manera:

Primera transición: de la búsqueda a la producción de alimento durante el periodo neolítico, la domesticación de plantas y animales se convirtió en la principal actividad económica, permitiendo el asentamiento y crecimiento de las poblaciones. Con el sedentarismo incrementó la contaminación del agua y los desechos humanos, lo cual propició un ambiente adecuado para contraer enfermedades parasitarias y contagiosas, dichas enfermedades eran las principales causas de muerte manteniendo una incidencia elevada.

Segunda transición: de enfermedades infecciosas transmisibles a enfermedades crónico-degenerativas, los avances tecnológicos, el desarrollo e implementación de medidas de salud pública, provocó la disminución de mortalidad por enfermedades infecciosas, aumentando la expectativa de vida en la población y dando lugar a la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas.

Tercera transición: refiere que las principales causas de mortalidad resultan de una coexistencia entre las enfermedades crónico-degenerativas y el resurgimiento de enfermedades infecciosas, las cuales son resistentes a algunos antibióticos y pesticidas, estas nuevas enfermedades son producto de los cambios demográficos, ambientales, económicos y sociales. Actualmente se considera que nos encontramos atravesando por esta transición.

Engel (1977) basándose en la necesidad de considerar factores políticos, sociales, económicos y culturales, en el proceso de salud enfermedad y no solo de

agentes patógenos, biológicos y ecológicos planteados por Omram (1971) y Armelagos et al. (2005), propone la necesidad de un nuevo modelo médico, que cubra las demandas de salud actuales. Considerando el modelo biomédico como más predominante en el proceso de salud-enfermedad, el cual, se basa en el dualismo mente-cuerpo, separando lo mental de lo somático, manteniendo dos principios:

- El primero es el reduccionista, considerando la enfermedad como una desorganización a nivel fisicoquímico, limitándose a atender estas manifestaciones y apegando las enfermedades mentales al modelo médico, sin considerar factores psicológicos y sociales.
- El segundo es el exclusionista, el cual elimina las enfermedades mentales y padecimientos que no puedan explicarse en términos biológicos, excluyéndolos del campo de la medicina.

Aunque el modelo biomédico se basa en el método científico, para explicar síntomas, síndromes y enfermedades a partir de las ciencias biológicas, permitiendo demostrar el mecanismo de las enfermedades para la elaboración de tratamientos, las características de este modelo ya no son suficientes para cubrir las exigencias actuales (Engel, 1977).

Por otra parte el modelo biopsicosocial toma en cuenta en todo momento al paciente tanto en ámbitos biológicos, como su contexto social, el entorno en el que vive y los recursos con los que cuenta para enfrentar la enfermedad, considerando la función de estos aspectos como factores protectores y de riesgo para desarrollar

o no enfermedades, enfrentarlas y sobreponerse a ellas, es así que, el modelo biopsicosocial preserva aspectos importantes como la investigación, enseñanza y diseño de medidas en el cuidado de la salud (Engel, 1977).

Inicialmente un obstáculo para poder llevar el modelo biopsicosocial a la práctica era la prevalencia del modelo biomédico, sin embargo, fue incrementando entre los médicos principalmente los más jóvenes la aprobación de la importancia de factores psicosociales en el proceso de salud-enfermedad, por tanto, fue necesario implementar el modelo biopsicosocial desde la formación de futuros médicos (Engel, 1977).

Con el modelo biopsicosocial se abre paso a que la psicología incursione en el trabajo de los factores comportamentales de las enfermedades, es en este contexto donde la Asociación Americana de Psicología por sus siglas en inglés APA en 1978 crea la división 38, cuyo objetivo es expandir el papel de la psicología como ciencia en los avances de la salud (Wallston, 1996).

Desde los años 60 la psicología ocupa un lugar dentro del campo interdisciplinario en el contexto de salud enfermedad, brindando aportaciones educativas y científicas para la promoción, mantenimiento, prevención y tratamiento de enfermedades al área médica (Matarazzo, 1980). Esta área de la psicología se denominó "Psicología de la salud"; la cual, estudia los factores comportamentales y los hábitos adquiridos por las personas como factores protectores o conductas de riesgo que afectan el estado de salud, buscando diseñar y aplicar intervenciones efectivas enfocadas a la recuperación de salud, adaptación y rehabilitación ante los padecimientos

(Sánchez Sosa, 2002). Dentro del ámbito hospitalario tiene como objetivo la evaluación e intervención a pacientes, familiares y personal de salud en beneficio de su calidad de vida (Bazán, 2003).

Durante esta época surge la medicina conductual como un campo interdisciplinario, integrando conocimientos tanto médicos como sociales, contribuyendo al desarrollo, aplicación de conocimiento científico y técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades (Schwartz y Weiss, 1978), mediante intervenciones para la modificación de comportamientos, así como, respuestas que representen un problema a la salud, incluyendo la adherencia a tratamientos (Pomerleau, 1979).

De manera paralela a la creación de la división 38 y la medicina conductual surge la Psicooncología, una de las primeras áreas donde la psicología brinda atención en el ámbito hospitalario, convirtiéndose en una subespecialidad en el abordaje de los problemas oncológicos, contribuyendo a los cuidados del paciente con cáncer, mediante investigaciones para cambiar el estilo de vida y los hábitos para reducir el riesgo de contraer cáncer, promoción para la detección temprana, problemas psicológicos relacionados con el riesgo genético, control de síntomas (ansiedad, depresión, delirio, dolor y fatiga), manejo de secuelas psicológicas en sobrevivientes de cáncer, atención paliativa y al final de la vida, proporcionando un claro ejemplo de la aplicación multidisciplinaria de las ciencias conductuales y sociales en el ámbito médico (Holland, 2002).

Dentro del contexto hospitalario la psicología proporcionaba servicios inicialmente en el área de la psiquiatría, en la actualidad se encuentra brindando atención en más servicios médicos, y padecimientos (Matarazzo, 1980; Morales-Catalaud, 1997) entre ellos se encuentran: pediatría (Benzies et al., 2017), oncología (Wu, Chen, Huang, Chang, y Hsu, 2018), cardiología (Korteland et al., 2017), trasplantología (El-Jawahri et al., 2017; Hsiao et al., 2016), cuidados intensivos (Quenot et al., 2017), medicina interna (Keefer, Palsson, y Pandolfino, 2018), cirugía bariátrica (Bradley et al., 2017), cuidados paliativos (El-Jawahri et al., 2017; Hancock et al., 2018), nutrición (Stapleton et al., 2017); y en padecimientos como: manejo y tratamiento de dolor crónico (Tang, Zhang, Ai, y Li, 2018), accidentes cerebrovasculares (Kirkevold et al., 2018), control de diabetes (Hilliard, Powell, y Anderson, 2016), hipertensión (Solano López, 2018), abuso de alcohol (Barata et al., 2017), y manejo del estrés (Cusack et al., 2015).

Con la incorporación del modelo biopsicosocial y la creación de la psicología clínica y la medicina conductual, la psicología ha realizado contribuciones en diversas áreas médicas; un área en donde se han reportado necesidades psicológicas pero que, contrastantemente no se han cubierto a la par como en el resto de las áreas médicas, es el área de urgencias. La medicina de urgencias es la especialidad médica dedicada a la evaluación inicial, diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas (Definition of Emergency Medicine, 2016).

El departamento de urgencias surgió en los 60 en Estados Unidos, y posteriormente en el resto del mundo, con la necesidad de que las personas pudieran ser atendidas de forma inmediata, los principales pacientes ingresados en

urgencias, son aquellos quienes requieren de reanimación y evaluación inmediata (Suter, 2012).

En el servicio de urgencias perdura la práctica del modelo biomédico, debido a sus principales características, en esta especialidad los médicos realizan un trabajo en conjunto para la toma de decisiones y acciones de manera inmediata y priorizada, según las necesidades de los pacientes para jerárquicamente resguardar la vida, función de algún órgano o miembro (Luna, 2011).

Por tales circunstancias resulta ser un campo poco explorado por la psicología clínica, sin embargo, son las mismas características del servicio donde frecuentemente la información proporcionada a los pacientes y familiares refiere enfermedades graves, mal pronóstico o fallecimiento, estas noticias resultan ser desencadenantes de crisis de índole psicológico, donde la psicología clínica puede brindar asistencia para disminuir los niveles de angustia y facilitar mayores niveles de adaptación al suceso o cuadro clínico, disminuyendo riesgos de presentar conductas des-adaptativas (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

Dentro de las principales necesidades que se han identificado en urgencias médicas se encuentra el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva en cuidadores tras recibir la notificación de muerte de un paciente (Parkes, 1998), algunos estudios parecen indicar que los estilos de afrontamiento pueden influir en las respuestas emocionales generadas por el fallecimiento de un familiar (Ballester, Gil, Gil y Gómez, 2011; Manoogian, Vandenbroeke, Ringerling, Toray, y Cooley, 2018), sin embargo, faltan estudios en el área de urgencias médicas; por tal motivo

el siguiente capítulo, abordará una recopilación de estudios entre la asociación de estilos de afrontamiento y la sintomatología ansiosa y depresiva, en cuidadores que recibieron una notificación de muerte dentro de contextos lo más semejantes a urgencias médicas.

Capítulo 2: Estilos de afrontamiento, sintomatología ansiosa y depresiva después de la notificación de muerte

El servicio de medicina de emergencias se define como la especialidad médica dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas, donde se realiza la evaluación inicial, el diagnóstico y el tratamiento (Definition of Emergency Medicine, 2016). Dada la naturaleza del departamento de urgencias, es altamente frecuente la atención de problemas de salud que ponen en peligro la vida o función de los pacientes, requiriendo atención inmediata y oportuna (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2006).

En dicho contexto la trasmisión de malas noticias es una actividad común; al respecto, una mala noticia es considerada como la información que genera desajustes afectando de forma negativa la perspectiva de vida futura de quien recibe la noticia (Buckman, 1984). Para Bor, Miller, Goldman y Scher (1993), una mala noticia es la comunicación verbal médico-paciente relacionada con el proceso de la atención médica, que conlleva la percepción de amenaza física o mental y el riesgo de ver sobrepasadas las capacidades en función del estilo de vida hasta ese momento.

Dentro de las malas noticias se encuentra la notificación de muerte, teniendo en cuenta que constituye una de las actividades que más frecuentemente se realiza en urgencias médicas, se identifica como: la divulgación que realizan los médicos a los familiares cuando su paciente ha fallecido (Shoenberger, Yeghiazarian, Rios, y Henderson, 2013).

En el servicio de urgencias médicas en Asturias España, durante el año 2000 las atenciones brindadas registradas fueron 47.670 de las cuales fueron reportadas 149 defunciones, obteniendo como resultado una tasa de mortalidad de 0.31%. Así mismo se indica que, de las defunciones totales en el hospital el 15.2% representa las muertes en el área de urgencias (Rodríguez Maroto et al., 2004). En cambio de acuerdo a lo reportado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (por sus siglas en inglés CDC) en Estados Unidos durante el año 2015, el número de atenciones en el departamento de urgencias fue de 136,943,000 reportando 195,000 defunciones resultando una tasa de mortalidad de 0.1% (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 2015).

Por otra parte la Secretaria de Salud de la Ciudad de México (2017), reportó 657,127 ingresos de pacientes en la unidad de urgencias en hospitales de la ciudad de México, de los cuales; 2,113 pacientes fueron dados de alta del servicio de urgencias por defunción dando como resultado una tasa de mortalidad del 0.3%

El Instituto Mexicano del Seguro Social por sus siglas IMSS en el 2004 informó que de las defunciones ocurridas en los hospitales de esta institución, una de cada cinco muertes sucedió dentro del área de urgencias, donde las principales causas de dichas defunciones se debieron a padecimientos crónicos degenerativos, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y sus secuelas, fibrosis y cirrosis del hígado, insuficiencia renal, cáncer mamario y cervicouterino; estas enfermedades reflejaron el 91.5% del total de las defunciones dentro del servicio de urgencias (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2006).

A su vez el Hospital General de México (2016), reportó en su informe de enero a junio de 2016 que dentro de las principales causas de muerte en urgencias adultos, fueron: por Estado de choque 26.7%, Enfermedades renales crónicas 7.2%, Enfermedad cerebrovascular 4.5%, Infecciones localizadas debido a salmonella 4.2%, Neoplasias malignas 4.2%, Sepsis 4% e Insuficiencia hepática 3.5%. Mientras que el Hospital General Dr. Manuel Gea González (2018), indicó un total de 67 defunciones en el área de urgencias médicas adultos durante el periodo de enero a marzo del 2018 de las cuales las principales causas de fallecimiento con mayor incidencia fueron: Diabetes mellitus no insulino dependiente, Hipertensión, Neumonía no especificada, Insuficiencia hepática no especificada, Tumor maligno de mama, Sepsis no especificada y Hemorragia gastrointestinal no especificada.

Además, una notificación de muerte, tiene gran impacto repercutiendo a médicos, instituciones hospitalarias y al familiar. Para los médicos dar la noticia puede volverse una tarea estresante y difícil, que genera cansancio físico (Hobgood, Harward, Newton, y Davis, 2005) y emocional generándoles ansiedad, estrés y sentimientos de incompetitividad (Shoenberger et al., 2013) a su vez, el lidiar con sus propias emociones, principalmente: tristeza, culpa, identificación y sentimientos de fracaso (Fallowfield y Jenkins, 2004).

Por otra parte las instituciones hospitalarias se ven afectadas de las siguientes maneras: aumenta la insatisfacción, los índices de calidad disminuyen e incrementan las quejas (Fallowfield y Jenkins, 2004). La Comisión Nacional de Arbitraje Médico por sus siglas CONAMED en su informe del 2017 indica el número de quejas presentadas en el servicio de urgencias, las cuales fueron 64 quejas

durante el año 2017 siendo el 4.88% del total de quejas recibidas, las principales causas de inconformidad se distribuyen de la siguiente manera: 48% por diagnóstico médico, 16% tratamiento médico, 14% relación médico paciente y 11.97% por deficiencias administrativas y/o institucionales.

A menudo los pacientes llegan al servicio de urgencias con un familiar o acompañante, como resultado los acompañantes al igual que los pacientes, se encuentran en situaciones inesperadas, presentando carga emocional, la cual, puede ser atendida desde la relación médico-paciente, al recibir la información no solo se está invitando a los familiares a la participación activa, también, alivia la ansiedad que tienen, convirtiéndose en una adecuada relación entre médico paciente (Núñez et al., 2002).

Mientras tanto, en el ámbito familiar la notificación de muerte conlleva a un duelo, generando afecciones físicas, sociales y psicológicas; dentro de las principales consecuencias físicas Cabodevilla (2007), hace referencia la presencia de sequedad en la boca, dolor o sensación de vacío en el estómago, alteraciones intestinales, opresión en el pecho y/o garganta, llanto, hipersensibilidad a los ruidos, dificultades para respirar, palpitaciones, falta de energía, tensión muscular, inquietud, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, pérdida de peso y mareos, Shoenberger et al. (2013), menciona el abuso de sustancias, así como un incremento en el riesgo de padecer enfermedades cardíacas y problemas relacionados con la presión sanguínea.

Parkes (1998) alude que, las personas que han perdido a un ser querido a menudo evaden todo aquello que les recuerde a la persona fallecida, a su vez, Cabodevilla (2007), refiere de igual manera que puede generarse hiperactividad, o inactividad, confusión, dificultad para concentrarse, falta de interés por las cosas, olvidos y aislamiento, lo cual, podría repercutir en su vida social y laboral.

Por otra parte, en el aspecto psicológico se presentan sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia, añoranza y anhelo, desesperanza (Cabodevilla, 2007). Wisten y Zingmark (2007), hacen alusión que la muerte inesperada afecta a los familiares aumentando el riesgo de presentar sintomatología postraumática y reacciones de un duelo complicado, Parkes (1998), añade la presencia de trastornos entre los cuales el más común es el de depresión con o sin riesgo suicida, y los estados de ansiedad, que a menudo prevalecen entre sí.

Con relación a los síntomas ansiosos y depresivos que pueden presentarse en los cuidadores Parker Oliver, Washington, Smith, Uraizee y Demiriz (2017), mediante un ensayo controlado aleatorizado evaluaron la prevalencia y los riesgos de la depresión y ansiedad en los cuidadores de hospicio, donde el 37% de los pacientes tenía cáncer y el 30% demencia, tomando en cuenta los datos sociodemográficos del cuidador y las características de los pacientes como: edad, género, residencia, y diagnóstico. Encontrando que, la edad de los cuidadores (jóvenes), el estado civil (casados) y la percepción de su propia salud (mala), son factores que influyen en la sintomatología depresiva y ansiosa del cuidador.

A su vez Pochard et al. (2001), realizaron un estudio de tipo prospectivo multicéntrico en el cual buscaban identificar el impacto que la ansiedad y la depresión pueden tener en la capacidad en la toma de decisiones sobre procedimientos al final de la vida de pacientes en unidad de cuidados intensivos, donde la información proporcionada por el personal médico sobre el estado de salud del paciente juega un factor importante para desarrollar sintomatología ansiosa y/o depresiva, sus resultados demuestran que el 69.1% de los familiares presenta síntomas de ansiedad y el 35.4% síntomas depresivos, los cuales se presentaron en un 72.7% en los miembros de la familia y el 84% en los conyugues de los pacientes, concluyendo que debería cuestionarse la participación en la toma de decisiones al final de la vida con los familiares que presenten dicha sintomatología.

Aunque, algunas personas puedan verse afectadas desarrollando o no, sintomatología depresiva y/o ansiosa por distintos factores, uno de ellos podría estar relacionado con los estilos de afrontamiento, al respecto Hickman, Daly, Douglas y Clochesy (2010), examinaron el estilo de afrontamiento informativo en los cuidadores a cargo de la toma de decisiones del cuidado de sus pacientes, cuyo diagnóstico era deterioro cognitivo, requiriendo de ventilación mecánica al menos por 72 horas, encontraron síntomas, predictores y altas probabilidades para adquirir una sintomatología depresiva. Entre los predictores se encuentra el estilo de afrontamiento informativo, satisfacción de la información y el estrés que representa el rol percibido de ser responsable en la toma de decisiones, estos predictores representaron el 24.5% de los síntomas depresivos reportados por los familiares.

De igual manera es posible que la depresión de los cuidadores esté asociada a la percepción de la disminución de la salud de su paciente, o se encuentre en fase crítica de la enfermedad, los autores consideran que la sintomatología depresiva esté acompañada de sintomatología ansiosa, la cual, no se evaluó en este estudio, asemejándose a la percepción de los familiares de pacientes con cáncer, quienes no solo perciben el estado actual de salud, sino una probabilidad alta de muerte de su paciente (Hickman et al., 2010).

En relación Washington et al. (2018), señalan el riesgo de que los cuidadores padezcan ansiedad y depresión aumente cuando su paciente se encuentra al final de la vida; ellos realizaron un estudio con un diseño exploratorio, descriptivo y cualitativo para evaluar la relación entre la carga de cuidados, respuestas de afrontamiento, ansiedad y depresión. Sus resultados indican que los síntomas psicológicos que presenta el paciente (sentirse triste o preocupado) y los estilos de afrontamiento evitativos en los cuidadores predice mayores niveles de depresión y ansiedad en ellos.

Por su parte Butler et al. (2016), llevaron a cabo una investigación sobre una experiencia simulada en la unidad de cuidados intensivos con el objetivo de identificar los perfiles de afrontamiento para la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente, identificaron tres tipos de afrontamiento:

- 1) Los adaptativos representando el 74% encontrando características de apertura, conciencia, aceptación, planificación, humor, religiosidad, uso de estrategias afrontativas, recepción de apoyo emocional e instrumental, y bajos

niveles de culpabilidad, el 18 % de este perfil tenía un historial de tratamiento en ansiedad y 23% de tratamiento en depresión.

- 2) En el perfil mal adaptativo encontraron niveles altos de neuroticismo, baja amabilidad con características de evitación, negación, uso de sustancias, este perfil informaba niveles altos de culpabilidad el 63% tenía un historial de tratamiento en ansiedad y el 60% en depresión.
- 3) Perfil desenganchado presentaban un rango medio de neuroticismo, baja religiosidad, menores posibilidades de recibir apoyo emocional o instrumental, casi no usaban planificación o humor como medio para abordar situaciones estresantes, el 12% reportaba haber tenido tratamiento por ansiedad y el 18% por depresión.

Llegando a la conclusión de que el perfil de afrontamiento afecta la toma de decisiones, difiriendo entre ellos y en la que se toma en cuenta las relaciones personales, así como respetar decisiones de los familiares como es el no vivir en estado vegetativo (Butler et al., 2016).

Ballester et al. (2011), llevaron a cabo un estudio descriptivo con familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos con el objetivo de evaluar los principales factores que podrían facilitar el afrontamiento de la muerte, donde participaron 39 familiares quienes refirieron que lo que les podría ayudar a facilitar el proceso de morir era tener cerca a los vínculos afectivos de las personas queridas para ellos, que los médicos puedan controlar síntomas de malestar o dolor físicos, concluyendo que estos datos proporcionan un primer acercamiento en esta área para poder facilitar un afrontamiento adaptativo en medida de lo posible,

específicamente en los casos donde los familiares presentan niveles de angustia ante la muerte de su paciente.

Currie et al. (2018), realizaron un estudio cualitativo descriptivo sobre las experiencias de padres cuyo hijo falleció por alguna enfermedad congénita, anomalías o complicaciones por ser prematuros, obteniendo la siguiente información; los padres reportaron que las enfermeras desarrollan un papel importante, pues les enseñaron a poder interactuar con sus bebés en estado crítico, lo que resulta ser un gran apoyo, refieren preferir mantener una comunicación honesta y directa sobre el estado de salud de su hijo pero presentada de una forma positiva, manteniendo una posibilidad de esperanza para la toma de decisiones, así mismo reportan reconfortante el apoyo de las enfermeras, de los familiares, amigos y capellanes, así como en la oración.

Por otra parte Hartog et al. (2015), realizaron un estudio observacional prospectivo en la toma de decisiones de los cuidados en el final de la vida realizadas por los familiares de pacientes que presentaban infección grave en la unidad de cuidados intensivos, evaluando la satisfacción con la atención recibida por el personal médico, donde los datos obtenidos fueron los siguientes: en cuanto a las decisiones el 9% tenían orden de no resucitación, el 70% una orden de retirar el soporte vital y el 21% de mantener el soporte vital, en cuanto a la satisfacción el 87% de los familiares reportó sentirse satisfecho con el nivel de participación con el personal médico considerándolo adecuado, sin embargo, encontraron que el 51% de los familiares presentaban síntomas de trastorno por estrés postraumático, el

48% ansiedad y el 33% depresión. Podría ser que otros factores estén mediando esta sintomatología, tales como los estilos de afrontamiento de los familiares.

Al respecto un estudio transversal realizado por Pereira-Morales, Adan, Lopez-Leon, y Forero (2018), identificó en 274 jóvenes colombianos que el estilo de afrontamiento preferido era el centrado al problema seguido del emocional y el evitativo. Además hallaron que el estilo de afrontamiento centrado al problema se correlacionó negativamente con trastornos psicológicos (ansiedad y depresión), mientras que el estilo de afrontamiento centrado a la emoción correlacionó positivamente con la ansiedad y la depresión por medio de la escala HADS y los estilos de afrontamiento se midieron con el inventario de afrontamiento para situaciones estresantes (CISS-SF).

Con base en lo anterior se realizó una revisión en la literatura, enfocada a identificar la relación entre estilos de afrontamiento y el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva en cuidadores primarios informales después de la muerte de su paciente en el área de urgencias médicas, dicha revisión se realizó entre los meses de abril y octubre de 2018 en las bases de datos: Cochrane, PubMed, PsycInfo CINAHL Science, Trip database, Scielo, Redalyc y en la revista OMEGA Journal of Death and Dying, con términos MeSH y “TextWord” death, death notification, depression, depressive symptoms, anxiety, emergency unit, emergency department, Emergency hospital service, critical care, intensive care, ICU, palliative care, coping, coping styles, Coping Caregivers. A continuación se describen investigaciones que han abordado las variables de interés.

Boelen y Eisma (2015), realizaron un estudio cualitativo fenomenológico, longitudinal retrospectivo, con el objetivo de ampliar el conocimiento acerca de los problemas emocionales tras el fallecimiento, específicamente en la evitación ansiosa, evitación depresiva y psicopatología posterior a la experiencia de un fallecimiento. La muestra estuvo conformada por 291 personas con las siguientes características: 74.2% eran mujeres, 54.3% tenían educación primaria o secundaria, 45.7% estudios universitarios, 68.7% perdieron a su pareja, 8.6% a un hijo y 22.7% otra persona (hermano, padre o amigo); el tipo de muerte se clasificó por causa natural el cual fue de 90.4% y accidente, homicidio o suicidio el 9.6%.

Para este trabajo Boelen y Eisma (2015) utilizaron el inventario de depresión BDI-II (por sus siglas en inglés), la escala de síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en su versión de auto informe (por sus siglas en inglés, PSS-SR), el cuestionario para la evitación ansiosa y depresiva, síntomas de duelo prolongado (por sus siglas en inglés, PGD-Scale) para evaluar síntomas de angustia por separación, síntomas emocionales y deterioro funcional y el cuestionario de evitación de dolor ansioso y depresivo (por sus siglas en inglés, DAAPGQ).

La evaluación se enfocó a una muerte significativa para cada participante dentro de los últimos tres años, para lo que se realizó una evaluación inicial y otra un año posterior a la primera, los resultados indicaron que los síntomas varían según las características sociodemográficas y en relación al parentesco con la persona fallecida, en primer lugar, encontraron mayores niveles de sintomatología de estrés postraumático en las mujeres, en segundo lugar, la evitación depresiva y ansiosa fue elevada cuando la muerte no ocurrió de manera natural o esta se presentaba en

el fallecimiento de la pareja o padre, a su vez, la evitación ansiosa y depresiva mantuvieron una relación significativa con los niveles de síntomas de duelo prolongado, depresión y TEPT sin importar el tiempo desde la muerte, asociándose con adaptaciones deficientes a largo plazo después del fallecimiento. Por otra parte, la evitación depresiva fue mayor en personas con bajo grado escolar y surgió como un predictor de cambios en la sintomatología postraumática (Boelen y Eisma, 2015).

Por último, la segunda evaluación señaló que la presencia de evitación ansiosa se asoció con depresión elevada en una muerte reciente, en cambio, mientras más transcurría el tiempo desde el fallecimiento la presencia de evitación ansiosa se asoció con menores niveles de depresión. Una limitación de este estudio reportada por Boelen y Eisma (2015) es que pudo estar influenciado por respuestas de conveniencia social, siendo pertinente considerar para una generalización, que la muestra estuvo conformada en gran parte por mujeres y reclutada por personal de salud y consejeros de duelo (ver Tabla 1).

Por otra parte Hoelterhoff y Chung (2013), realizaron un trabajo, el cual tuvo como objetivo examinar la interrelación entre ansiedad de muerte, autoeficacia, afrontamiento religioso, TEPT y comorbilidad psiquiátrica, mediante un estudio analítico observacional, transversal, con 104 estudiantes universitarios, utilizando la escala de diagnóstico de estrés postraumático (por sus siglas en inglés, PDS), el cuestionario de salud general-28 (por sus siglas en inglés, GHQ-28), la escala de ansiedad por muerte (por sus siglas en inglés, DAS), escala de autoeficacia percibida (por sus siglas en inglés, SES) y la escala de formas de afrontamiento religioso (por sus siglas en inglés, WORCS), además de datos sociodemográficos

donde se indagó la temporalidad del evento, si fueron lesionados, si alguien más resultó herido, si sentían que su vida estaba en peligro, si se sintieron aterrorizados o impotentes durante el evento.

Hoelterhoff y Chung (2013) indicaron que el 72% de los universitarios informó haber experimentado anteriormente un evento traumático, incluyendo la muerte de una persona cercana a ellos y por medio de la escala PDS este porcentaje fue dividido en dos grupos, donde el 39% de los participantes cumplió con los criterios para el trastorno de estrés postraumático, este grupo en promedio suscitó el evento traumático con tres años de anterioridad, el segundo grupo (sin criterios suficientes para el trastorno de estrés postraumático) experimentó el evento traumático dos años atrás y el tercero fue conformado por los participantes que no habían experimentado un suceso traumático fungiendo como grupo control para el estudio.

Los resultados arrojaron en primer lugar, la inexistencia de diferencias significativas del afrontamiento religioso entre niveles de ansiedad, disfunción social, depresión y ansiedad de muerte. En segundo lugar, la autoeficacia estuvo relacionada con la comorbilidad psiquiátrica en los tres grupos, actuando de forma independiente a la ansiedad de muerte, sin ser un factor mediador para TEPT; Hoelterhoff y Chung (2013) llegaron a la conclusión que en este trabajo el afrontamiento religioso no intervino en la ansiedad de muerte y demás variables, pues, los resultados parecen indicar que los participantes no poseen una religión orientada a la acción y por consiguiente no se obtuvieron niveles altos de religiosidad.

Además Hoelterhoff y Chung (2013) indican que para interpretar resultados sobre afrontamiento religioso se debe tener en consideración el contexto cultural y social de los participantes, pues podrían verse influenciados por represión política o histórica, dicho aspecto pudo haber intervenido en este trabajo pues la mayoría de los participantes provenía de sociedades post-soviéticas; por lo que resaltan la importancia de más investigaciones para desarrollar un modelo de ansiedad de muerte y resiliencia (ver Tabla 1).

Mientras que Johnson, Torres, Sykes, Gibson y Baker (2017), efectuaron un trabajo para identificar la prevalencia y tipos de pérdida por fallecimiento en adolescentes y jóvenes con cáncer, para describir la experiencia general de su pérdida, y determinar si existía una relación del duelo y aspectos de depresión, ansiedad o somatización en ellos, el estudio de diseño exploratorio, descriptivo, transversal en una sola institución, se llevó a cabo con una muestra de 101 pacientes con algún diagnóstico de una enfermedad hematológica maligna o grave que requiriera de trasplante alogénico de médula ósea, los criterios de inclusión para este trabajo fueron que los participantes estuvieran recibiendo terapia oncológica activa o haberla completado en los últimos 3 años y que hayan experimentado una pérdida por muerte, las edades que consideraron fueron entre 13 y 21 años.

Para la recolección de información Johnson et al. (2017) utilizaron los siguientes instrumentos: el cuestionario de duelo (por sus siglas en inglés, BQ) con modificación de preguntas enfocadas a la asistencia al funeral, tipo de muerte: esperada, inesperada, traumática, importancia de la muerte, experiencia de duelo y

fuentes de apoyo social; y sub escalas de autoevaluación sobre depresión ansiedad y somatización del sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (por sus siglas en inglés, BASC-2) el cual evalúa el comportamiento y las emociones de los individuos de 2 a 25 años, la importancia del fallecimiento se recolectó por medio de una medida de tipo Likert.

Los datos encontrados por Johnson et al. (2017) fueron los siguientes: en promedio cada participante experimentó tres pérdidas donde el 58% reportaron el fallecimiento de un abuelo, 37 % de un amigo, 35% una mascota atesorada (se excluyeron estos datos), 34% personas en segundo grado, 37% fallecimiento de pares. De la totalidad de fallecimientos el 17% fueron traumáticos (homicidio, suicidio, muerte accidental, muerte con arma de fuego, accidente automovilístico), el 38% por causas naturales y 7% por causas desconocidas; del total de causas reportadas el 66% estuvieron relacionadas con el cáncer. Aunado a esto, únicamente el 54% de los participantes acudieron al funeral, dentro de los principales motivos por los cuales no pudieron acudir a los servicios funerarios se debió a su terapia en relación con el cáncer, los participantes informaron lamentar no haber podido asistir.

Además Johnson et al. (2017) encontraron que el fallecimiento por diagnóstico de cáncer de un familiar o de amigos se asoció con un mayor riesgo en la experiencia de su propia enfermedad influenciada por somatización, ansiedad y depresión. En medida que la muerte era más significativa aumentaba la probabilidad de cambiar la vida del participante y el fallecimiento fuera más difícil de superar, a su vez esta pérdida era expresada con mayor frecuencia entre otros miembros de

la familia, especialista en vida infantil, capellanes o trabajador social, a pesar de esta comunicación los participantes indicaron que eso no era suficiente y sentían la necesidad de más ayuda profesional; solamente un tercio de los participantes reportaron hablar rara vez o nunca de su pérdida, esta conducta ocurría principalmente en muertes no muy significativas para ellos.

Por último, los autores (Johnson et al., 2017) encontraron altos niveles de ansiedad, depresión y somatización en los participantes, llegando a la conclusión que la pérdida de pares en pacientes oncológicos resulta ser más frecuente en comparación a la población en general, destacando la importancia de realizar evaluaciones en pacientes con enfermedades graves, debido a que el fallecimiento de padres y compañeros por causa de cáncer resulta en riesgos y aspectos negativos en la salud mental de los pacientes; por último resaltan la necesidad de más exploraciones al respecto, así como la investigación de intervenciones clínicas dirigidas a la aflicción en este tipo de población (ver Tabla 1).

Un estudio analítico observacional, descriptivo, transversal, realizado por Ballester et al. (2011), tuvo el objetivo de analizar qué aspectos son más importantes en el afrontamiento de la muerte según los familiares de pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI), considerando la influencia de las variables sociodemográficas, para este trabajo se utilizó el cuestionario de aspectos que podrían ayudar a las personas a morir en paz (CAMP), la muestra considerada estuvo compuesta por 39 familiares de pacientes ingresados en la UCI quienes accedieron a participar de manera voluntaria, con edades entre los 18 y 89 años, cabe destacar que los investigadores diseñaron la evaluación a manera de resultar

terapéutica abordando aspectos que resultaran ser importantes en el afrontamiento adaptativo de los participantes.

Ballester et al. (2011) indican que los aspectos que podrían brindar más apoyo llegado el momento de morir serían: sentirse cerca, comunicarse y expresar afectos a sus personas queridas, pensar que los médicos podrían controlar el dolor y síntomas de malestar, pensar que si el proceso de morir causara algún sufrimiento este sería breve, suponer que la muerte no sería una carga insoportable para sus seres queridos, por otra parte creer en otra vida después de la muerte y pensar morir en casa resultaron ser los menos considerados para proporcionar ayuda en esos momentos. Los aspectos sociodemográficos que podrían influenciar el afrontamiento de la muerte fueron: sexo y nivel cultural: los hombres dieron menos valor de que su vida tuviera algún sentido, por otra parte las mujeres dan más valor a que su muerte no suponga una carga para sus familiares.

Por último, Ballester et al. (2011) no encontraron diferencias significativas con base en el estado civil y con respecto a la edad, existió una relación casi significativa en participantes jóvenes con relación al manejo de dolor y sentido de vida. Una de las consideraciones y limitaciones para este estudio es que los autores no poseen conocimiento de la existencia de algún estudio previo sobre el afrontamiento de la muerte en familiares en torno a la UCI con el cual comparar sus resultados, y las características del departamento de cuidados intensivos podrían generar controversia sobre la viabilidad de aplicar cuestionarios sobre la ayuda a morir en paz, sin embargo las mismas circunstancias y características brindarían

aportaciones valiosas respecto al afrontamiento de la muerte en dicho entorno (ver Tabla 1).

Para concluir, con el objetivo de examinar cómo los universitarios experimentaron la muerte de un abuelo durante los últimos cuatro años y cómo influyó en sus relaciones familiares actuales, Manoogian et al. (2018), llevaron a cabo una investigación cualitativa, fenomenológica, transversal, en la que los participantes respondieron preguntas sobre estrategias de afrontamiento, negociación de identidad, recursos de apoyo, satisfacción con la vida e influencia en la toma de decisiones personales al final de la vida.

La muestra estuvo conformada por 74 universitarios, el 87.8% de los participantes tenían al menos un abuelo vivo al momento de la evaluación, el 97.3% eran solteros y el 94.6% no tenían hijos, el 62.2% eran mujeres con una edad promedio de 21, los participantes describieron como había sido la experiencia del fallecimiento de un abuelo y si había cambiado su vida a raíz de esa experiencia, indagando en relaciones con los familiares y amigos después de la muerte. Los resultados arrojaron los siguientes datos: el 54% de los participantes reportaron haberse sentido emocionalmente cerca de su abuelo fallecido, mientras que el 22% no llevaba una relación cercana y el 24% no definió la calidad de la relación (Manoogian et al., 2018).

La respuesta emocional más común ante el fallecimiento fue la tristeza, de igual manera se encontraron sentimientos de culpa después del fallecimiento, las muertes inesperadas tuvieron un impacto más traumático para los participantes

resultando ser más devastadoras, también fueron más difíciles de aceptar cuando se percibía jóvenes a los abuelos. En cuanto a las relaciones familiares el 69% reportó ser más unido a su familia, por otra parte el 15% se volvió emocionalmente distante, mientras que el 16% reportó que los lazos familiares se mantuvieron fuertes ante el fallecimiento (Manoogian et al., 2018).

Tras el fallecimiento los adolescentes y jóvenes conceptualizaron la pérdida considerando el cambio en sus vidas a partir de la ausencia de su abuelo, permitiendo adquirir una nueva comprensión de lo que es la familia, el 65% de los participantes reportó haber tenido un nuevo rol en la familia generalmente acompañado de una nueva madurez; Manoogian et al. (2018) indican que son pocos los trabajos enfocados en el impacto de la muerte de un abuelo en jóvenes y adolescentes. Dentro de las consideraciones a tomar en cuenta es realizar evaluaciones a otros miembros de la familia y en jóvenes no inscritos en la universidad. Una gran limitación es que no se añadió algún instrumento en específico ni las preguntas clave de su entrevista, así como no se reportaron peculiaridades sobre las estrategias de afrontamiento ante la muerte (ver Tabla 1).

Tabla 1

Ansiedad, depresión y estilos de afrontamiento ante la muerte

Autor	Objetivo	Diseño	Muestra	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Boelen y Eisma (2015).	Ampliar el conocimiento sobre problemas emocionales tras el fallecimiento, enfocándose en evitación ansiosa y depresiva.	Cualitativo fenomenológico, longitudinal retrospectivo.	291 Personas con edad promedio de 54 años con duelo por muerte un ser querido durante los últimos tres años.	Escala para Trastorno de duelo prolongado (PGD-Scale) Inventario de depresión (BDI-II). Escala de síntomas de estrés post-traumático (PSS-SR). Cuestionario de evitación de dolor ansioso y depresivo (DAAPGQ).	La evitación ansiosa como la depresiva se asoció significativamente con los niveles de síntomas por duelo prolongado, depresión y trastorno de estrés postraumático.	El auto informe pudo estar influenciado por respuestas de conveniencia social. Se necesita mayor investigación para especificar tipos de evitación relacionadas con el duelo. No se puede generalizar el estudio debido a que predominaban las mujeres en la muestra.
Hoelterhoff y Chung (2013).	Examinar la inter-relación entre ansiedad de muerte, autoeficacia, afrontamiento religioso, trastorno de estrés post-traumático y comorbilidad psiquiátrica.	Estudio analítico observacional transversal.	104 estudiantes universitarios de pregrado en Lituania con edad promedio de 19 años.	Escala de diagnóstico de estrés post-traumático (PDS). Escala de ansiedad ante la muerte (DAS). Autoeficacia percibida (SES). Escala de formas de afrontamiento religioso (WORCS). Cuestionario de salud general (GHQ-28).	El afrontamiento religioso no medió la correlación entre la ansiedad a la muerte y la comorbilidad psiquiátrica.	Los participantes de la muestra en su mayoría provenían de sociedades post-soviéticas, lo que pudo haber influido en las medidas de religiosidad. La medición de afrontamiento religioso no hace diferencia entre identidad religiosa, creencia, conocimientos, actitudes, grupos de experiencia y tradición.

Johnson, Torres, Sykes, Gibson, y Baker (2017)	Describir la prevalencia e importancia de fallecimientos, apoyo social, e identificar el riesgo de desarrollar ansiedad depresión o somatización en pacientes con cáncer.	Exploratorio, descriptivo, transversal en una sola institución.	101 adolescentes y jóvenes adultos con neoplasias malignas o con enfermedad hematológica, de 13 a 21 años de edad que sufrieron una pérdida por muerte.	Cuestionario de duelo (BQ) Sistema de evaluación de la conducta para niños (BASC-2) usando las sub-escalas: trastorno psicosocial depresión ansiedad y somatización.	Se encontraron altos niveles de ansiedad, depresión y somatización, la ansiedad por muerte fue mayor cuando se asoció a la muerte de un par o un padre en condiciones de cáncer.	Debido a que los estudios basados en evidencia sobre estos aspectos son limitados se desconoce si estos hallazgos son generalizables a otros pacientes con enfermedades graves.
Ballester, Gil, Gil y Gómez (2011).	Analizar qué aspectos son más importantes en el afrontamiento de la muerte para los familiares de pacientes en unidad de cuidados intensivos (UCI), considerando la influencia de distintas variables sociodemográficas.	Analítico observacional, descriptivo, transversal.	39 familiares entre 18-89 años de edad de pacientes ingresados en UCI.	CAMP	Los aspectos que más ayudarían a los familiares llegado el momento de la muerte serían sentirse cerca, comunicarse y estrechar vínculos afectivos con las personas queridas y pensar que los médicos puedan controlar el dolor o síntomas de malestar.	No hay estudios previos sobre el afrontamiento de la muerte en familiares en el contexto de UCI por lo que no se pueden comparar los resultados con los de otros estudios. Las características particulares de UCI podrían hacernos dudar sobre la idoneidad de utilizar un cuestionario de ayuda a morir en paz.
Manoogian, Vandebroek, Ringer, Toray y Cooley (2018).	Examinar la experiencia del fallecimiento de abuelos en universitarios, identificar cómo influyó la muerte en el sistema familiar, y en cambios durante el curso de vida.	Cualitativo fenomenológico transversal.	74 jóvenes universitarios inscritos en clases de gerontología y psicología	Encuesta no especificada que abarcó preguntas sobre respuestas ante la muerte, sistema familiar después del fallecimiento negociación de la identidad, recursos de apoyo, satisfacción con la vida e influencia de la pérdida con la toma de decisiones personales al final de la vida.	Sentimientos de arrepentimiento o culpa, afectaciones mayores en participantes cuando la muerte era inesperada, cuando no pudieron estar presentes ante el fallecimiento o cuando sintieron que los abuelos eran jóvenes.	No hay información sobre los instrumentos utilizados. La muestra se limitó a jóvenes inscritos en la universidad. El estudio no indica peculiaridades sobre el afrontamiento ante la muerte.

Nota. Comparación de los estudios reportados en la literatura.

Como se ha podido identificar por medio de la revisión en la literatura, se han realizado estudios en los que se han pretendido abordar aspectos relativos a las consecuencias en las personas que han atravesado por la experiencia del fallecimiento de alguien cercano. La evidencia apunta a que la muerte de una persona significativa está estrechamente relacionada con los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva (Parkes, 1998), no obstante el desarrollo y la afectación de dichas sintomatologías podría verse influenciada por los estilos de afrontamiento (Washington et al., 2018; Butler et al., 2016).

Sin embargo, las investigaciones reportadas en la literatura nacional e internacional que abordan estas variables dentro del área hospitalaria son mínimas, centrándose especialmente en la unidad de cuidados intensivos, dentro del área de urgencias médicas se puede decir que, hasta el momento no hay evidencia empírica donde se considere la influencia de los estilos de afrontamiento en el desarrollo y niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en familiares de pacientes fallecidos en este departamento (McCallum, Jackson, Walthall, y Aveyard, 2018).

Lo anterior se vuelve relevante debido a que, además de generar un hueco dentro de la literatura, como se ha mencionado anteriormente los índices de mortalidad dentro del servicio de urgencias lo convierten en un sector importante para contribuir en la aportación de evidencia, esto nos lleva a preguntarnos ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento, la sintomatología ansiosa y depresiva en cuidadores primarios informales después de recibir una notificación de muerte de su familiar dentro del área de urgencias médicas? Debido a lo anterior el objetivo del presente estudio fue identificar y describir los estilos de afrontamiento, la sintomatología ansiosa,

depresiva, y las características de los cuidadores primarios informales que recibieron una notificación de muerte en el área de urgencias del “Hospital General Dr. Manuel Gea González”. De igual forma, el presente estudio se planteó los siguientes objetivos secundarios:

- Identificar las principales características sociodemográficas del cuidador y el paciente fallecido.
- Identificar las respuestas emocionales de los familiares tras recibir la notificación de muerte, durante la llamada de seguimiento, necesidad de canalización para atención psicológica y sugerencias por parte de los familiares, al respecto de la atención brindada.

Método

Diseño

Dado que no se manipularon variables y que únicamente se realizó una evaluación por cada participante se llevó a cabo un estudio no experimental, transversal; y, dada la evidencia nacional e internacional reportada, posee un alcance exploratorio-descriptivo (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

Participantes

Los participantes fueron asignados mediante un muestreo no probabilístico de tipo accidental recabados entre octubre de 2016 a julio de 2018, durante este periodo se observó un total de 38 notificaciones de muerte, de las cuales únicamente 34 contó con datos de contacto para la realización de las llamadas de seguimiento, sin embargo, seis números telefónicos fueron incorrectos, no se realizó el contacto con siete participantes debido a que, aunque existía la línea no contestaron y en dos de los seguimientos contestaron terceras personas (familiares que no habían presenciado la notificación y no estaban en contacto con las personas a localizar).

Por tales razones únicamente se realizó llamada de seguimiento a 19 familiares, de los cuales seis decidieron no participar, dentro de las razones proporcionadas se encontraron: mala experiencia con el personal médico/mal servicio, ya había transcurrido mucho tiempo desde el fallecimiento, no querer hablar del tema/no querer recordar cosas tristes/no estar listo para hablar, agradecimiento con la atención proporcionada y con el servicio, ya haber superado la muerte por lo que no

se consideraba necesaria la atención. A su vez, cinco cuidadores aceptaron participar, agendando una cita para la realización de la llamada de seguimiento, no obstante, no contestaron dicha llamada. Resultando en ocho cuidadores que concluyeron la evaluación (Figura 1).

Criterios de inclusión:

- Familiares mayores de 18 años de pacientes fallecidos en urgencias médicas del Hospital General Dr. Manuel Gea González.
- Que recibieran la notificación de muerte de su paciente, por parte del médico.
- Que accedieran a participar de manera voluntaria.

Criterios de exclusión

- Familiares que no presenciaron la notificación de muerte por parte del médico.
- Menores de 18 años.
- Que no aceptaran participar en el estudio.

Criterios de eliminación

- Que decidieran abandonar la evaluación

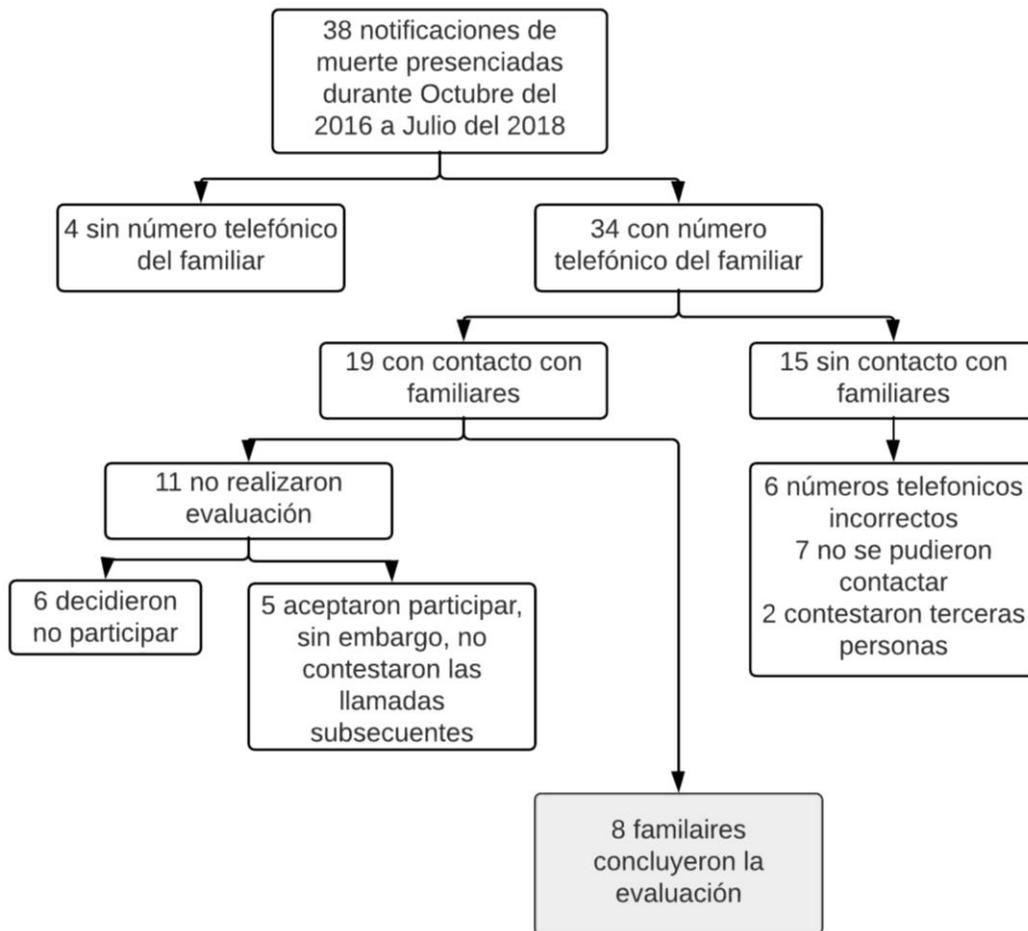


Figura 1. Selección de participantes

Mediciones

Definición conceptual de cuidador primario informal: Según la OMS (2004) es la persona que brinda supervisión o apoyo a personas con discapacidades o condiciones que lo ameriten a largo plazo sin remuneración económica. Dadas las características del área de urgencias, los pacientes no necesariamente tienen una enfermedad crónica, y ha sido un acto imprevisto su llegada a estos servicios, por lo que el familiar que estuvo a cargo durante la estancia en la unidad de urgencias, fue considerado cuidador primario informal (CPI).

Definición conceptual de estilo de afrontamiento: es la tendencia personal, temporal y situacional para hacer frente a situaciones externas e internas, percibidas de manera excedente a sus recursos, mediando el uso de diferentes tipos de estrategias de afrontamiento. Destacando dos tipos de afrontamiento; el primero, centrado al problema, se enfoca a su resolución mediante la definición del problema, búsqueda de soluciones alternativas, la consideración de dichas soluciones con base a su aplicación, costo y beneficio. El segundo, enfocado a la emoción, pretende hacer más soportable la vida modificando la experiencia de la situación, sin cambiar objetivamente el problema (Lazarus y Folkman, 1986).

Definición conceptual de sintomatología depresiva: según la OMS 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).

Definición conceptual de sintomatología ansiosa: La ansiedad, se define como una emoción orientada hacia el futuro, a eventos aversivos potencialmente peligrosos percibidos como incontrolables e impredecibles (Clark y Beck, 2012).

Instrumentos

Cuestionario para recabar datos sociodemográficos: se elaboró un cuestionario *ad hoc* que permitiera identificar datos sociodemográficos de relevancia acerca de los cuidadores primarios informales (sexo, edad, estado civil, religión, escolaridad, ocupación, parentesco y tipo de relación con el paciente

fallecido) y de los pacientes fallecidos (edad, enfermedades previas, tiempo desde el fallecimiento).

Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): mide siete estilos básicos de afrontamiento: auto focalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, y religión. Los cuales se dividen a su vez en dos dimensiones de orden superior, el primero, el afrontamiento centrado al problema conformado por solución de problemas, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva; el segundo, el afrontamiento centrado a la emoción, el cual está conformado por religión, auto-focalización negativa, expresión emocional abierta y evitación.

El cuestionario cuenta con 42 reactivos en su versión original de Sandín y Chorot (2002), y 21 reactivos en su versión adaptada y modificada por González Ramírez y Landero Hernández (2007), los reactivos se contestan mediante una escala tipo Likert del 0-4 (donde 0=nunca, 1=pocas veces, 2=a veces, 3=frecuentemente y 4=casi siempre). En el caso de la versión de González Ramírez y Landero Hernández (2007), una vez obtenido el puntaje de cada respuesta, se identifican las preguntas que corresponden a cada sub-escala, sumando los puntajes y el resultado final se categoriza de la siguiente manera: 0 = nunca lo usa, 1-3= lo usa pocas veces, 4-6 lo usa a veces, 7-9 lo usa frecuentemente y 10-12 lo usa casi siempre.

Los coeficientes de confiabilidad de Alfa de Cronbach para las sub-escalas se encuentran entre 0.64 y 0.92 en la versión propuesta por Sandín y Chorot (2002).

En México se validó y modificó por González Ramírez y Landero Hernández (2007), cuyas propiedades psicométricas indican que, el instrumento cuenta en general con una Alfa de Cronbach de 0.85 para sus siete escalas ($\alpha = 0.83$ para estilo focalizado en la solución de problemas, $\alpha = 0.66$ para la auto focalización negativa, $\alpha = 0.67$ para reevaluación positiva, $\alpha = 0.79$ para la expresión emocional abierta, $\alpha = 0.68$ para el estilo de evitación, $\alpha = 0.91$ para la búsqueda de apoyo social y $\alpha = 0.87$ para religión).

Además González Ramírez y Landero Hernández (2007) valoraron la reducción por cada sub-escala dejando tres indicadores en cada una de ella usando los que tenían un mayor peso factorial, teniendo una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.64 a 0.87 en las siete formas de afrontamiento; y Alfa de Cronbach 0.78 para la focalización a la solución de problemas y 0.71 para la solución centrada en emociones, en resumen la reducción del CAE cuenta con valores de consistencia interna adecuados para cada sub-escala, además mostró una mejoría en los estadísticos de bondad de ajuste en comparación con la versión completa, manteniendo correlación, confiabilidad y validez adecuada y aceptable.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale): evalúa sintomatología ansiosa y depresiva, considerando dimensiones cognitivas, afectivas, omitiendo aspectos somáticos, y se puede aplicar en ámbitos hospitalarios o en pacientes con enfermedades crónicas. Consta de 14 reactivos divididos en dos sub-escalas intercaladas, 7 reactivos miden depresión, principalmente anhedonia, y 7 miden ansiedad.

La escala es de tipo Likert, posee cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, con un rango total de 0 a 21 para cada sub-escala, el punto de corte para ansiedad es de 8 y para depresión es de 7 dados los análisis estadísticos de la validación por López Alvarenga et al. (2002). Fue desarrollada por Zigmond y Snaith (1983) presentando un coeficiente de correlación de 0.70, para depresión y 0.74 para ansiedad, manteniendo ambas una significancia de $p < 0,001$.

La versión mexicana validada por López Alvarenga et al. (2002), tiene un coeficiente Alfa 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 ($r=0.70$, $p<0.001$).

Procedimiento

Como parte de un estudio previo, durante el periodo de octubre de 2016 a julio de 2018, el equipo de malas noticias del departamento de psicología de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González, recabó datos de los familiares de pacientes que fallecieron en el área de urgencias médicas.

En una primera fase; el equipo de malas noticias llevó a cabo la labor de acudir al área de choque con el fin de indagar con el personal médico en turno (adscritos y residentes), el estado de salud, diagnóstico y pronóstico de los pacientes. Dicho trabajo se realizó de lunes a viernes en un horario de ocho de la mañana a dos de la tarde donde se brindó atención psicológica a los familiares de los pacientes, siendo prioritarios aquellos cuyo paciente tuvo un mal pronóstico con una alta probabilidad de fallecer. Además realizaron guardias cada quince o veinte minutos

con el objetivo de permanecer informados de cualquier eventualidad de mortalidad inminente en los pacientes de choque.

El trabajo se llevó a cabo con la colaboración y autorización de los médicos, acompañando dos psicólogos (preferentemente) al médico encargado de notificar la muerte, los psicólogos realizaron una observación de las conductas de médico al momento de proporcionar la información y del cuidador primario informal, para posteriormente, si así lo permitían los familiares, brindarles acompañamiento psicológico y en caso de ser necesario contención emocional.

En medida de lo posible se procuró tener contacto previo con los familiares, indagando aspectos que proporcionaran información sobre el impacto que podría tener en ellos la futura noticia, realizando acompañamiento y dando apertura a que el servicio de psicología se mantuviera al tanto de cualquier necesidad de índole psicológico con ellos o con algún otro familiar.

Durante el contacto previo con los familiares se obtuvieron y registraron los datos necesarios para poder realizar el seguimiento telefónico, en algunos casos no se pudo obtener los datos por parte de los familiares debido a las características del ingreso a urgencias, donde la prioridad fue brindar contención emocional, facilitar el recurso de redes de apoyo, o que los familiares se encontraran funcionales ante la situación (Mancera, 2018).

Para el fin de este y otros estudios, en un segundo momento se elaboró una batería que permitió la recolección de información específica de los cuidadores que recibieron la notificación de muerte en el área de urgencias del Hospital General Dr.

Manuel Gea González, dicha batería fue conformada con los siguientes instrumentos: Cuestionario de afrontamiento al estrés versión reducida (por sus siglas CAE-R) de González Ramírez y Landero Hernández (2007), escala hospitalaria de ansiedad y depresión (por sus siglas en inglés HADS) versión validada de López Alvarenga et al. (2002), el instrumento para evaluar duelo prolongado PG13 desarrollado por Prigerson et al. (2009), a sí mismo para evaluar la percepción de muerte se usó una adaptación del instrumento GRIEV_ING desarrollado por Hobgood et al. (2005), los cuales se adjuntan más adelante (ver Anexo 1).

De igual manera se elaboraron un manual para la llamada de seguimiento, una lista de cotejo de acciones para la realización de las llamadas, un registro para las llamadas y una lista de instituciones de canalización para referir a los familiares en caso de ser necesario (estos materiales se encuentran en una carpeta de Dropbox donde solo los revisores de este trabajo tienen acceso), la canalización fue sin fines de lucro y se basó principalmente en la ubicación geográfica de los cuidadores para que fuera en medida de lo posible cerca de su domicilio.

En una tercera etapa, cuatro psicólogas recibieron capacitación para realizar las llamadas, aplicar la batería, realizar contención emocional y/o brindar apoyo psicológico por vía telefónica en caso de que se requiriera. Para hacer las llamadas primero se realizó la identificación de los datos recolectados durante octubre de 2016 a julio de 2018, se obtuvo un total de 38 observaciones de notificación de muerte registradas durante este período, posteriormente se seleccionaron los siguientes datos: nombre del paciente fallecido, tiempo de hospitalización, fecha y

causa de defunción; nombre del familiar que recibió la notificación de muerte por parte del médico, parentesco y números telefónicos que proporcionaron para el seguimiento.

Como se mencionó anteriormente en algunos casos, debido a las características del evento u otras circunstancias no se obtuvo el número telefónico por parte de los familiares, por lo que se solicitó apoyo al departamento de trabajo social para poder obtener la información faltante. De estos datos hubo cuatro registros de los cuales no se recuperó el contacto, debido a que trabajo social tampoco contó con esta información, por tal motivo no se contemplaron estos registros para el estudio.

Además para el desarrollo de las llamadas se requirió contar con equipo que permitiera grabarlas desde el inicio, para esto, se manejaron dos opciones; la primera, el uso de una grabadora al mismo tiempo de un teléfono con altavoz que permitiera grabar ambas partes de la llamada y el segundo, teléfonos celulares con sistema operativo Android, con la aplicación de acceso libre BoldBeas Recorder la cual, permite grabar las llamadas por ambas partes sin la necesidad de uso de altavoz y con buena calidad de audio. La grabación de las llamadas fue modificada para salvaguardar la identidad y confidencialidad de los cuidadores, posteriormente se almacenó en el programa Dropbox TM, donde únicamente los investigadores del estudio tienen acceso.

De modo que para efectuar las llamadas se contó con dispositivo de grabación, batería impresa previamente llenada con datos del familiar y del paciente fallecido, lista de cotejo de acciones a realizar, hoja de registro de las llamadas y lista de

canalización igualmente impresas. Se comenzó a grabar la llamada a partir de que el teléfono daba línea, se anotó el número de intento de llamada y que ocurrió (no entró la llamada, la desviaron, buzón de voz o si contestaron).

En los casos donde contestaron se anotó la hora de inicio de la llamada en la batería y se enunció un guion inicial el cual constó de la presentación de la psicóloga (nombre, hospital y departamento de donde llamaba), se tuvieron dos opciones de guion, uno para teléfonos celulares y otro para teléfonos fijos.

El objetivo fue comunicarse con el familiar identificado previamente en los registros, en los casos donde contestó otra persona se solicitó contacto con el familiar a localizar; una vez en línea la persona a localizar se mencionó que el objetivo de la llamada estaba relacionado con el fallecimiento de su familiar (mencionando siempre el nombre completo del paciente fallecido) en el área de urgencias médicas, para conocer su experiencia e indagar sobre aspectos emocionales desde el fallecimiento de su familiar al momento de la llamada, mencionando que la información que proporcionaran permitiría identificar necesidades para la ideación de mejoras en el servicio para personas que en un futuro tuvieran que atravesar por una situación similar, y de igual forma si se identificaba alguna necesidad de índole psicológico en ellos se les proporcionaría información de lugares a los que pudieran acudir.

A continuación, se realizó una invitación a participar, mediante la lectura del consentimiento informado verbal, haciéndoles saber que los datos proporcionados se manejarían con estricta confidencialidad, además los temas de los cuales se

hablarían podrían resultar sensibles y que la psicóloga en línea contaba con capacitación para proporcionarle apoyo si se llegara a requerir, que de aceptar ellos podrían detener en cualquier momento la llamada y posponerla o definitivamente terminar la evaluación, a su vez se otorgó el número telefónico del hospital y la extensión del departamento de psicología de urgencias, por si llegaran a tener alguna duda pudieran comunicarse.

En los casos donde los familiares no desearon participar se identificaron las razones de su respuesta (miedos o dudas), y se proporcionaron soluciones no invasivas, con el único fin de que la elección que tomaran fuera una decisión informada, respetando su decisión. En los casos donde los cuidadores decidieron no participar se les agradeció el tiempo y atención brindada, se reiteró el nombre de la psicóloga entrevistadora, número del servicio y horario de atención en caso de que quisiera llamar posteriormente por dudas, aclaraciones, o cambio de opinión, resaltando la disponibilidad del servicio para atenderle.

En los casos donde los familiares accedieron a participar se les brindó la posibilidad de realizar la evaluación de manera presencial, en el hospital, por medio de una cita en la que ellos pudieran acudir sin dificultad o por vía telefónica, la cual podía ser realizada en ese mismo momento o por medio de una cita donde los familiares indicaran la fecha y horario disponible para realizar la llamada.

Posteriormente se solicitó la autorización para grabar la evaluación, informado que, serviría únicamente para fines de calidad y de validación de la información, reiterando el compromiso de mantener la confidencialidad de los datos

proporcionados, en caso de que no aceptar que la evaluación fuera grabada se detenía en ese momento la grabación.

A su vez se le pidió al familiar que en medida de lo posible buscara un espacio cómodo y tranquilo con el fin de evitar interrupciones durante la llamada y en el momento que lo indicara se procedería a realizar la evaluación, al finalizar la aplicación de cada instrumento se le preguntaba al familiar cómo se encontraba, si se sentía cansado y si deseaba continuar la evaluación en ese momento, prestando atención minuciosa al tono de voz para identificar cansancio, incomodidad o algún sentimiento que diera un indicador para pausar la evaluación, la duración mínima de las llamadas fue de una hora y la duración máxima fue de tres horas con treinta y cinco minutos, la cual se llevó a cabo en dos tiempos, el primero, de una hora con siete minutos y el segundo, de dos horas treinta minutos.

Una vez finalizada la aplicación se solicitó unos minutos con el fin de realizar la evaluación, los participantes podían permanecer en línea o si lo deseaban se regresaría la llamada a más tardar en cinco minutos a excepción de que ellos indicaran otro momento para la devolución de los resultados. La devolución de los datos obtenidos constó de aquellos aspectos que se identificaron durante la evaluación, por una parte si no se encontraron factores de riesgo resaltando que a pesar de haber sido una situación emocional difícil el fallecimiento de su familiar, contaba con recursos que le permitían o permitieron continuar con su vida cotidiana.

Por otra parte, si se encontraron indicadores de presencia de sintomatología ansiosa, depresiva, o duelo prolongado, se devolvió la información encontrada

validando de manera empática el estado emocional encontrado, además se proporcionaron direcciones de centros de atención psicológica, preferentemente cerca de su domicilio o por vía telefónica, agendando una cita de seguimiento vía telefónica. Para el cierre de la entrevista se agradeció el tiempo brindado recordando el objetivo de la llamada, el número del hospital y nombre de la psicóloga que evaluó.

Análisis de datos

Una vez concluidas las evaluaciones, se capturó la información en el programa IBM SPSS Statistics versión 21, para obtener las frecuencias de cada una de las variables de estudio, datos sociodemográficos, los puntajes para sintomatología depresiva y ansiosa medida con HADS, y puntajes de los estilos de afrontamiento obtenidos mediante CAE.

Resultados

Dado que, uno de los objetivos del presente estudio fue conocer las características sociodemográficas de los participantes, a continuación se describen los principales datos encontrados: el trabajo estuvo conformado por ocho cuidadores primarios informales de pacientes fallecidos en el área de urgencias médicas del Hospital General Dr. Manuel Gea González, los cuidadores tenían edades entre los 27 y 56 años ($\bar{x} = 47.3$ Desviación Estándar [DE]=9.3). En lo que refiere al sexo, cuatro de los participantes eran mujeres y cuatro hombres. En cuanto al estado civil, únicamente tres participantes definieron su estado civil como viudos, tres reportaron ser solteros, uno casado y uno divorciado.

Al respecto del nivel de escolaridad de los participantes dos contaban con el nivel superior (licenciatura), dos con educación media superior (bachillerato). En cuanto a la ocupación siete de los ocho participantes reportar tener una ocupación remunerada. La ciudad de México predominó como lugar de residencia, solamente un participante indicó residir en Tamaulipas. Por otra parte, tres de los participantes fueron católicos, uno cristiano, un agnóstico y tres ateos. Cinco de los cuidadores indicaron no tener alguna enfermedad y seis de los ocho participantes reportaron no consumir sustancias (ver Tabla 2).

Tabla 2

Datos sociodemográficos de los cuidadores primarios informales

CPI	Edad	Sexo	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Residencia	Religión	Enfermedades	Consumo de sustancias
1	27	Femenino	Soltera	Sin escolaridad	Comerciante	Ciudad de México	Ateo	Negadas	No
2	47	Masculino	Soltero	Bachillerato	Empleado	Ciudad de México	Católica	Negadas	Alcohol
3	44	Masculino	Casado	Secundaria	Empleado	Ciudad de México	Ateo	Hipertensión	No
4	50	Masculino	Divorciado	Licenciatura	Empresario	Ciudad de México	Católica	Negadas	No
5	56	Masculino	Soltero	Bachillerato	Comerciante	Ciudad de México	Agnóstica	Negadas	No
6	46	Femenino	Viuda	Secundaria	Empleada	Ciudad de México	Cristiana	Herpes de Zóster	Tabaco
7	56	Femenino	Viuda	Sin escolaridad	Pesca	Tamaulipas	Católica	Diabetes e hipertensión	No
8	53	Femenino	Viuda	Licenciatura	Ama de casa	Ciudad de México	Ateo	Negadas	No

Nota. CPI= cuidador primario informal

Con relación al paciente fallecido (PF) las edades oscilaron entre los 27 y 86 años ($\bar{x} = 60.3$ Desviación Estándar [DE]=20.5). Siete de los participantes informaron tener una relación muy cercana con el PF, cinco de los cuidadores eran cónyuges y tres eran hijos de los pacientes fallecidos.

Con respecto a la percepción del tiempo desde el fallecimiento reportado por los cuidadores, el periodo más corto fue de un mes reportado por dos participantes, el más prolongado de un año ocho meses y solamente uno de los cuidadores indicó no recordar el tiempo desde el fallecimiento.

Cuatro de los cuidadores indicaron que su paciente tuvo una estancia de dos días y cuatro una estancia de un día en urgencias. Seis participantes refirieron que el PF tenía una enfermedad previa a la muerte, siete cuidadores percibieron la muerte como súbita y solamente uno resultó ser una muerte esperada (ver Tabla 3).

Tabla 3

Datos relacionados con el paciente fallecido

CPI	Cercanía de la relación con el PF	Parentesco con el PF	Edad del PF	Tiempo del fallecimiento* (meses)	Tiempo en urgencias (días)	Enfermedades previas	Percepción de muerte
1	Muy cercana	Esposa	27	No recuerda	2	Ninguna	Súbita
2	Muy cercana	Esposo	44	12	2	Diabetes	Súbita
3	Muy cercana	Hijo	86	15	1	Quiste en hígado, neumonía e hipertensión	Esperada
4	Muy cercana	Hijo	75	1	1	Hernia intestinal	Súbita
5	Más o menos cercana	Hijo	83	18	2	Ninguna	Súbita
6	Muy cercana	Esposa	47	4	1	Diabetes	Súbita
7	Muy cercana	Esposa	59	1	2	Ninguna	Súbita
8	Muy cercana	Esposa	62	20	1	Hipertensión	Súbita

Nota. PF= paciente fallecido
*percibido por el familiar

Con respecto a la ansiedad y depresión tres de los entrevistados presentaron sintomatología ansiosa y depresiva, uno únicamente sintomatología depresiva y cuatro no presentaron sintomatología ansiosa o depresiva (ver tabla 4). A continuación se describen los síntomas más destacados para cada CPI con presencia de sintomatología ansiosa o depresiva, con base a la puntuación HADS:

- CPI 1: puntuó con 17/21 en la sub-escala de ansiedad (positivo para sintomatología ansiosa), los síntomas presentados fueron temor muy

intenso como si algo malo fuera a suceder, sentirse tenso o nervioso y tener la cabeza llena de preocupaciones todo el día. En cuanto a la sub-escala de depresión obtuvo una puntuación de 15/21 (positivo para sintomatología depresiva), los síntomas reportados fueron no ser capaz de reírse, ver el lado positivo de las cosas y disfrutar actividades.

- CPI 2: tuvo una puntuación en la sub-escala de ansiedad de 9/21 (positivo para sintomatología ansiosa), donde los síntomas más destacados fueron: sensación frecuentemente de nervios y vacío en el estómago, así como poca capacidad para permanecer sentado tranquilo y relajado. Para depresión obtuvo un puntaje de 14/21 (positivo para sintomatología depresiva), los síntomas fueron no seguir disfrutando de las cosas de siempre, no sentirse alegre ni reírse y ver el lado positivo de las cosas.
- CPI 6: obtuvo una puntuación en ansiedad de 8/21 (positivo para sintomatología ansiosa), los síntomas predominantes fueron, tener casi siempre sensación de gran angustia/temor, y frecuentemente sensación de nervios y vacío en el estómago. En la sub-escala de depresión puntuó 10/21 (positivo para sintomatología depresiva) presentando síntomas de anhedonia, entre ellos, rara vez: disfrutar de las cosas como siempre, sentirse alegre y ver el lado positivo, sin esperar cosas con ilusión.
- CPI 7: únicamente presentó sintomatología depresiva, en la que obtuvo una puntuación de 11/21 (positivo para sintomatología depresiva), los síntomas más destacados fueron no disfrutar de las cosas como antes y rara vez sentirse alegre, reírse y ver el lado positivo de las cosas.

Tabla 4

Sintomatología ansiosa y depresiva

CPI	Sintomatología ansiosa *	Sintomatología depresiva**
1	Sí (17)	Sí (15)
2	Sí (9)	Sí (14)
3	No (5)	No (3)
4	No (6)	No (4)
5	No (2)	No (0)
6	Sí (8)	Sí (10)
7	No (4)	Sí (11)
8	No (0)	No (4)

Nota. *=Punto de corte 8. **= Punto de corte 7

En cuanto a los estilos de afrontamiento de igual forma se realizó un análisis de frecuencias para identificar las puntuaciones para cada cuidador obteniendo los resultados siguientes:

CPI 1: el estilo de afrontamiento mayor utilizado fue la expresión emocional abierta, con una puntuación de diez, las conductas más significativas fueron comportarse de manera hostil con los demás e irritarse con la gente, habla de un afrontamiento centrado a la emoción, mientras que el estilo de afrontamiento menor utilizado fue la religión, puntuando con cero (ver Tabla 5).

CPI 2: la búsqueda de apoyo social resultó ser el estilo de afrontamiento más utilizado por este cuidador, con una puntuación de doce, obteniendo la mayor puntuación (cuatro) en las tres conductas de esta sub-escala (pedir a parientes o

amigos que lo ayuden a pensar acerca del problema, pidiendo le indicaran cual sería el mejor camino a seguir, y que lo escucharan para manifestar sus sentimientos) este estilo de afrontamiento se centra en el problema, mientras que la expresión emocional abierta es el estilo de afrontamiento menos utilizado con una puntuación de uno, la conducta reportada fue comportarse de forma hostil con los demás pocas veces (ver Tabla 5).

CPI 3: reportó una puntuación de doce en dos estilos de afrontamiento, los estilos y sus conductas fueron los siguientes: solución de problemas (establecer un plan de acción procurando llevarlo a cabo, hacer frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas y pensar detenidamente los pasos a seguir para enfrentar el problema) y reevaluación positiva (intentar centrarse en los aspectos positivos del problema), mientras que los estilos de afrontamiento con puntuación de cero, fueron evitación y religión. El estilo de afrontamiento en este cuidador es centrado al problema (ver Tabla 5).

CPI 4: obtuvo una puntuación de doce en tres estilos de afrontamiento los cuales fueron solución de problemas, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva, las conductas para estos estilos de afrontamiento fueron respectivamente: buscar soluciones y plan de acción para enfrentar el problema, buscar contar con el apoyo de familiares o amigos que le apoyaran y ver los aspectos positivos del problema. Por otra parte hubo tres sub escalas con puntuación de cuatro, es decir, que a veces usa los estilos de afrontamiento religioso, auto-focalización negativa y expresión emocional abierta, las conductas realizadas fueron asistir a la iglesia, darse cuenta que por sí mismo no podía hacer nada para resolver el problema y comportarse

hostil con los demás e irritarse con algunas respectivamente. El estilo de afrontamiento que usa casi siempre este cuidador está enfocado al problema (ver Tabla 5).

CPI 5: obtuvo una puntuación de once en la sub-escala de reevaluación positiva, indicando que las conductas realizadas son centrarse en los aspectos positivos del problema, esto habla de un estilo de afrontamiento centrado al problema. Por otra parte las de menor uso fueron auto-focalización negativa y expresión emocional abierta en las que puntuó con uno, realizando conductas como irritarse con la gente y pensar que hiciera lo que hiciera las cosas siempre saldrían mal pocas veces (ver Tabla 5).

CPI 6: la sub-escala con mayor puntuación fue auto-focalización negativa puntuando con seis, la conducta realizada casi siempre fue sentirse indefenso e incapaz de hacer algo positivo para cambiar las cosas. El estilo menos utilizado fue reevaluación positiva con una puntuación de 2, la conducta reportada fue intentar a veces centrarse en los aspectos positivos del problema, la información anterior indica que el estilo de afrontamiento de este cuidador es centrado a la emoción (ver Tabla 5).

CPI 7: obtuvo una puntuación de doce en la sub-escala de afrontamiento religioso, indicando ser el estilo de afrontamiento mayormente utilizado, dentro de las conductas reportadas se encuentran: asistir a la iglesia, rogar para que se solucionase el problema y poner velas o rezar, las cuales casi siempre fueron realizadas por este cuidador. Por otro lado, en el estilo de afrontamiento de

expresión emocional abierta puntuó con cero, es decir que no lo utiliza, considerando lo anterior el estilo de afrontamiento en este cuidador está centrado en la emoción (ver Tabla 5).

CPI 8: los estilos de afrontamiento más utilizados por este cuidador fueron solución de problemas y reevaluación positiva con puntuaciones de ocho cada uno, es decir, que el estilos de afrontamiento es centrado al problema, mediante la planeación de soluciones, además de intentar ver el lado positivo de la situación, por otra parte, religión y expresión emocional abierta puntuaron con cero (ver Tabla 5).

Tabla 5

Puntuaciones y estilos de afrontamiento al estrés

CPI	Solución de problemas	Búsqueda de apoyo social	Reevaluación positiva	Religión	Auto-focalización negativa	Expresión emocional abierta	Evitación
1	6	6	5	0	9	10	7
2	7	12	4	9	9	1	8
3	12	5	12	0	6	3	0
4	12	12	12	4	4	4	5
5	9	3	11	3	1	1	2
6	4	3	2	5	6	5	4
7	10	9	9	12	7	0	5
8	8	2	8	0	4	0	4

Nota: 0 = nunca lo usa; 1-3= lo usa pocas veces; 4-6= lo usa a veces; 7-9= lo usa frecuentemente y 10-12= lo usa casi siempre.

Además se obtuvo la frecuencia general por cada sub-escala del CAE, los resultados indican que el estilo de afrontamiento más utilizado entre los cuidadores

de este estudio fue reevaluación positiva, el cual se encontró en cuatro de los ocho participantes. Seguido de solución de problemas, dicho estilo de afrontamiento se encontró como el mayor utilizado en tres de los ocho cuidadores. Por otra parte búsqueda de apoyo social se identificó como el estilo de afrontamiento en dos de los familiares.

Asimismo los estilos de afrontamiento: religión, auto-focalización negativa y expresión emocional abierta se identificaron como el estilo de afrontamiento utilizado por un participante en cada una de ellas. Por el contrario ningún participante indicó usar evitación como estilo de afrontamiento, cabe resaltar que dos cuidadores presentaron la misma puntuación (doce) en dos sub-escalas, el CPI 3 en reevaluación positiva y solución de problemas, mientras que, el CPI 4 puntuó en los estilos de afrontamiento de solución de problemas y búsqueda de apoyo social, por tal motivo, la sumatoria de participantes por cada sub escala resulta ser doce, a pesar de ser ocho participantes. A su vez, el estilo de afrontamiento centrado al problema (de acuerdo a las dimensiones de orden superior), fue el más usado entre los CPI (ver Figura 2).

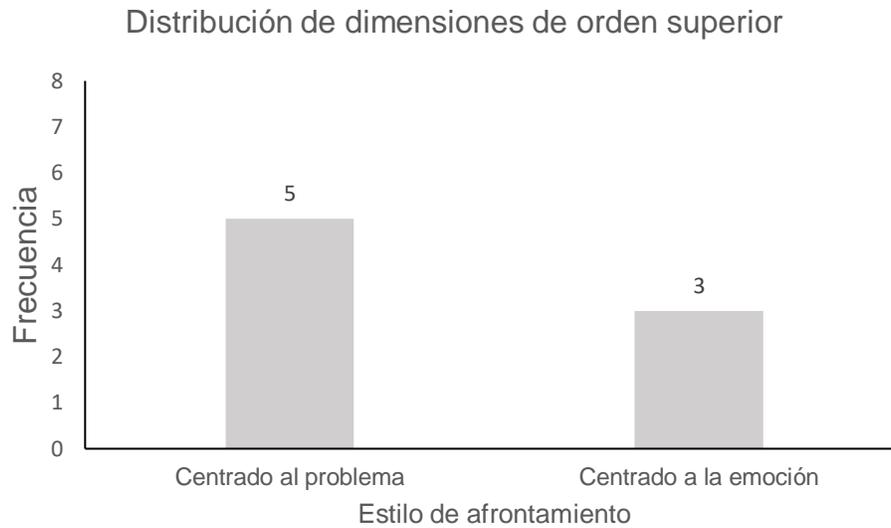


Figura 2. Frecuencia de participantes y estilo de afrontamiento por orden superior

Con relación a las llamadas realizadas a los CPI, seis de ellos presentaron respuestas emocionales entre las que se encuentran llanto, tristeza, enojo o molestia, dichas emociones ocurrieron al preguntar datos generales del paciente fallecido y en los instrumentos CAE y GRIEV_ING. Dos cuidadores requirieron de canalización a una institución pública para recibir atención psicológica (ver Tabla 6).

Tabla 6

Respuestas emocionales durante la llamada y canalización

CPI	Respuesta emocional	Etapas de la evaluación en la que se presentó	Requirió canalización
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	Ninguna		No
6	Tristeza	Datos generales del fallecido Estilos de Afrontamiento	Sí
7	Llanto	GRIEV_ING	No
8	Ninguna		No

Nota. CPI= cuidador primario informal

Adicional a los resultados se presentan datos cualitativos, referentes a los cuidadores al recibir la notificación de muerte, en los que destacan que la notificación de muerte la recibieron tres participantes en la sala de espera, solamente un cuidador recibió la noticia de manera privada en un cubículo.

Las respuestas emocionales más reportadas tras recibir la noticia fueron llanto, tristeza, incredulidad y negación. Un participante calificó su satisfacción con el servicio con diez, uno con nueve y dos con ocho, mientras que dos participantes calificaron el nivel de satisfacción con una puntuación de uno, y uno con cinco.

Dentro de los comentarios y sugerencias recibidos durante la llamada de seguimiento, se destaca la importancia del ejercicio de psicólogos de la salud en el ámbito hospitalario (ver Tabla 7).

Tabla 7

Datos cualitativos de los cuidadores primarios informales (CPI)

CPI	Lugar donde se dio notificación de muerte	Respuesta emocional ante la notificación	Satisfacción con el servicio	Apoyo psicológico antes o después de la notificación	Comentarios y sugerencias
1	Hospitalización	Ansiedad, crisis, enojo, negación, shock	9	Sí	Fueron muy amables, me brindaron apoyo psicológico
2	Cubículo	Culpa	8	No	
3	Pasillo	Tristeza, llanto	7	Sí	
4	No recuerda	Llanto, tristeza, incredulidad, negación	1	No	
5	Sala de espera	Llanto	10	Sí	Buena atención por parte de los psicólogos atendieron a un familiar que se puso muy mal
6	Sala de espera	Incredulidad, negación, tristeza, llanto	1	Sí	Los médicos son muy duros, inhumanos, son como extraños al dar la notificación, que reciban una capacitación o curso para que no sean duros
7	Hospitalización	Miedo, tristeza, llanto	8	Sí	
8	Sala de espera	Incredulidad, tristeza, llanto	5	No	

Nota. PF= Paciente fallecido

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar y describir los estilos de afrontamiento, la sintomatología ansiosa, depresiva, las características de los cuidadores primarios informales que recibieron una notificación de muerte en el área de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Los objetivos secundarios fueron identificar la reacción emocional del cuidador tras la notificación de muerte, el parentesco con el paciente fallecido. Y por último identificar las respuestas emocionales de los familiares durante la llamada de seguimiento, si el familiar fue canalizado para atención psicológica y sugerencias, al respecto de la atención brindada.

Con base en los resultados obtenidos, se observó mediante la escala HADS, la presencia de sintomatología ansiosa en tres de los ocho participantes de este estudio, durante los primeros doce meses posteriores al fallecimiento, siendo similares en comparación con un estudio realizado en unidades de cuidados intensivos de hospitales en Francia, el cual, mostró que al mes del fallecimiento el 93.2% de los participantes presentó sintomatología ansiosa según la escala HADS (Kentish-Barnes et al., 2017).

La presencia de ansiedad después del fallecimiento, encontrada en este estudio corresponde de acuerdo a la literatura (Cabodevilla, 2007; Parkes, 1998). Al respecto de los pacientes que no presentaron sintomatología ansiosa podría deberse a factores intervinientes, por una parte, los aspectos personales, como los estilos de afrontamiento y capacidad para hacer frente y adaptarse a situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1986). Por otra parte los factores culturales, los

rituales que se llevan entorno a la muerte en México permiten expresar el dolor resultando en un aspecto conveniente durante el duelo; por último las redes de apoyo con las que contaron los participantes pudieron intervenir en la ausencia de sintomatología ansiosa (Gómez-Gutiérrez, 2011).

Sobre la presencia de sintomatología depresiva, la mitad de los cuidadores presentó niveles de sintomatología depresiva, sugiriendo que tras la muerte de un familiar existe la posibilidad de presentar depresión, tal como lo refiere Parkes (1998), además en comparación con un estudio realizado por Kentish-Barnes et al. (2017), el cual, mostró que al mes del fallecimiento el 98.4% de los cuidadores presentaron sintomatología depresiva, mientras que a los seis meses posteriores por medio de la misma escala solamente el 61.3% de los participantes presentaron sintomatología depresiva, en comparación con el estudio anterior y los resultados obtenidos la disminución de la sintomatología depresiva podría deberse al tiempo transcurrido tras la el fallecimiento.

Gómez-Gutiérrez (2011) recapitula que los mexicanos se encuentran bajo la influencia occidental donde el dolor o aspectos que lo provoquen deben ser eliminados, siendo los aspectos culturales un factor que pudiera haber influido en los resultados de depresión en los participantes de este estudio. De la misma manera la forma en la que recibieron la noticia podría relacionarse con el desarrollo tanto de depresión como de ansiedad (Johnson y Panagioti, 2018).

Por lo que se refiere a los estilos de afrontamiento con mayor incidencia reportada por los cuidadores de este estudio fueron: reevaluación positiva y solución de

problemas, coincidiendo con un estudio a nivel nacional realizado con familiares de pacientes fallecidos en un hospital (no especificando el departamento donde falleció el paciente), a excepción de religión, que, en dicho estudio también tuvo una incidencia alta dentro de sus participantes. Los estilos de afrontamiento descritos estuvieron asociados en familiares con un duelo normal, contrario a los familiares con un duelo complicado cuyos estilos de afrontamiento fueron religión y auto-focalización negativa (Ornelas, 2016).

Estos estilos de afrontamiento pudieron haberse expresado debido a las circunstancias percibidas por los cuidadores, dado que aún deberían de continuar con trámites en el hospital para poder llevarse al paciente fallecido a casa, por lo tanto deberían de mantenerse funcionales en dicha situación, a su vez la reevaluación positiva se refiere a los esfuerzos para enfocarse en aspectos positivos de la situación estresante y darle un nuevo significado (Lazarus y Folkman, 1986).

Algunas de las expresiones reconfortantes por parte de los familiares tras recibir la notificación de muerte en urgencias, suelen ser que su paciente ya no padecerá sufrimiento, además de que los estilos de afrontamiento centrados en el problema resultan ser más efectivos en la mayoría de las áreas de la vida (Lazarus y Folkman, 1986) por lo anteriormente mencionado valdría la pena considerar la experiencia personal de los cuidadores como un factor interviniente en la presencia de estos estilos de afrontamiento.

En este trabajo los estilos de afrontamiento centrados a la emoción estuvieron relacionados con sintomatología ansiosa y depresiva correspondiendo con la

literatura (Pereira-Morales et al., 2018; Butler, 2016 y Washington et al., 2018). Tanto el estudio de Ornelas (2016), y los resultados de esta investigación permiten suponer que los estilos de afrontamiento centrados a la emoción podrían influir en la sintomatología ansiosa y depresiva después de la muerte de un familiar. Por consecuencia, el uso frecuente de estilos de afrontamiento centrados al problema podrían asociarse con menores riesgos de manifestar sintomatología ansiosa y depresiva, pudiendo decir, que, a mayor uso de estilos de afrontamiento centrados al problema se obtendrían niveles más altos de bienestar emocional en los cuidadores, sin embargo, aún no existe evidencia empírica contundente por lo cual, lo anterior podría ser una línea de investigación para estudios futuros.

En cuanto a las características sociodemográficas de los cuidadores se encontraron algunas similitudes con la literatura internacional, en comparación con un estudio realizado por Boelen y Eisma (2015), con personas que habían experimentado una pérdida por fallecimiento la mayoría de sus participantes (74.2%) eran mujeres, en este trabajo la mitad de los participantes fueron mujeres, en cuanto al parentesco en el estudio de Boelen y Eisma (2015), el 68.2% de los participantes había fallecido su pareja y el 22.7% otra persona entre ellos padres, en este estudio cinco de los cuidadores eran cónyuges del paciente fallecido y únicamente tres eran hijos del paciente fallecido coincidiendo en que mayoritariamente el fallecimiento era de la pareja y minoritariamente era muerte de los padres.

En cuanto a las respuestas emocionales tras recibir la notificación de muerte los resultados de esta investigación coinciden con algunas reacciones físicas descritas

por Cabodevilla (2007), en la literatura internacional, entre ellas se encuentran llanto, tristeza, enojo, miedo y ansiedad. Al respecto de los comentarios aportados por algunos cuidadores, aunque mínimos, en ellos se destaca la importancia de la inserción de psicólogos dentro del área de urgencias médicas (Remor et al., 2003), especialmente en la comunicación de malas noticias, dentro de las cuales se encuentra la notificación de muerte, encontrando en las respuestas que la percepción de calidad del servicio proporcionado en el hospital se ve beneficiada en presencia de la atención proporcionada por parte del equipo de psicología particularmente durante y después de la notificación de muerte.

A pesar de los cuidados que se tuvieron en este estudio, existen diversas limitaciones las cuales deben ser tomadas en cuenta: en primer lugar, el estudio es de carácter exploratorio-descriptivo, este tipo de estudio se realiza cuando existe poca o nula información al respecto de un tema, no busca realizar relaciones entre los factores a investigar, solamente identifica y describe situaciones y contextos, a su vez, los resultados suelen ser flexibles, amplios y dispersos, por tales motivos únicamente pueden sugerir supuestos sin generar respuestas definitivas (Hernández Sampieri et al., 2010).

En segundo lugar, se encuentra el tamaño de la población investigada, la cual es considerablemente pequeña en comparación con otros estudios anteriormente descritos en este trabajo, por lo que no se puede considerar una muestra representativa, y por ende, los datos no podrían generalizarse al resto de la población (Hernández Sampieri et al., 2010), se recomienda en estudios futuros considerar un número mayor de participantes, teniendo en consideración que existe

una alta posibilidad de que no acepten participar o abandonen la evaluación, en este estudio el 76.48% de los participantes no accedieron a participar, probablemente debido a que se traten temas que puedan resultar sensibles, de igual forma se recomienda realizar las llamadas en un periodo no máximo de doce meses, debido a que algunos de los participantes no accedieron a participar debido a que consideraban que había transcurrido mucho tiempo desde el fallecimiento al momento de la llamada de seguimiento.

Además una limitación de suma importancia a considerar es que, a pesar de que en la mayoría de los estudios la manera de recolectar información se lleva a cabo mediante cuestionarios de auto-informe las respuestas brindadas por los participantes podrían tener connotaciones de deseabilidad social, en este trabajo dicho factor podría resultar un sesgo en las respuestas emitidas por los cuidadores con el fin de mostrar una imagen más positiva ante la situación y ser percibidos como eficientes y funcionales por el personal de psicología (Domínguez Espinosa et al., 2012).

Asimismo, aunque se buscaron instrumentos adecuados que pudieran arrojar información sobre las variables de interés y sensibles de acuerdo a las características de la población, no son específicos para medir las variables de interés en las particularidades de la población (cuidadores primarios informales de pacientes fallecidos en urgencias), lo cual podría resultar una línea para trabajos futuros. Considerando los factores anteriormente descritos se vuelve relevante tenerlos en mente para ser sumamente cautelosos al interpretar los resultados obtenidos.

A pesar de las limitaciones anteriormente descritas, este trabajo presenta bondades dentro de las que destacan el estudio de carácter exploratorio-descriptivo, como se mencionó anteriormente dicho tipo de estudio tiene como objetivo examinar temas poco estudiados y describir los hallazgos (Hernández Sampieri et al., 2010), tal es el caso de la experiencia de los cuidadores de urgencias médicas, después de recibir la notificación de muerte de su paciente (McCallum et al., 2018), este tema no había sido abordado anteriormente, por tanto, la información obtenida, puede ser utilizada como un antecedente para otros estudios, permitiendo obtener bases para diseñar estrategias e intervenciones que faciliten una mejor adaptación en cuidadores cuyo paciente fallezca dentro del área de urgencias, disminuyendo riesgos de que presenten sintomatología ansiosa y depresiva, y en general brindar una atención de mejor calidad a los cuidadores de éste departamento hospitalario.

Se pudieron identificar las características de los familiares y pacientes fallecidos en el área de urgencias, los niveles de ansiedad y depresión que presentaron los cuidadores después del fallecimiento y sus estilos de afrontamiento, lo que permite realizar primeras inferencias sobre aspectos que podrían facilitar el proceso de duelo y una mejor adaptación disminuyendo síntomas de ansiedad y depresión en los cuidadores primarios informales tras el fallecimiento de su paciente en el área de urgencias médicas (Ornelas, 2016).

Por último este estudio responde a una necesidad expresada por la literatura internacional, la cual solicita la realización estudios que midan la ansiedad, la depresión, la calidad de la vida, la satisfacción, el bienestar general y evalúen estrategias que permitan mejorar los resultados psicosociales en las personas tras

recibir una mala noticia (Paul, Clinton-McHarg, Sanson-Fisher, Douglas y Webb, 2009). Además, la literatura expresa la importancia de generar intervenciones basadas en la evidencia para mejorar la difusión de malas noticias evaluando el impacto para mejorar los niveles de ansiedad y depresión reportados por quien las recibe (Johnson y Panagioti, 2018).

Conclusiones

En este trabajo se lograron cubrir los objetivos propuestos; los cuales fueron identificar los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, así como los estilos de afrontamiento utilizados por los familiares que recibieron una noticia de muerte dentro del área de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González, encontrando menor sintomatología ansiosa y depresiva en los cuidadores cuyo estilo de afrontamiento es centrado al problema.

Así mismo como se ha podido describir a lo largo de este trabajo, existe una alta posibilidad de recibir en algún momento de la vida una notificación de muerte de un ser querido, y muy probablemente esto suceda dentro del contexto hospitalario, principalmente en el área de urgencias médicas.

Por lo anteriormente mencionado se vuelve importante realizar investigaciones en esta área para reconocer y atender necesidades presentadas por quienes reciben la notificación, pues, como se ha visto la notificación de muerte conlleva un fuerte impacto en quienes la reciben, generando afecciones a corto, mediano y largo plazo, entre las cuales se pueden encontrar la sintomatología ansiosa y depresiva.

La relevancia de este trabajo recae en ser uno de los primeros reportados en la literatura a nivel nacional e internacional, aportando datos y permitiendo realizar inferencias iniciales, además de la consideración de desarrollar distintas líneas de tratamiento e investigación en torno a la notificación de muerte, abarcando entre ellas: aspectos de duelo prolongado, factores protectores para una adaptación ante la muerte de un familiar, elaboración de instrumentos sensibles dirigidos a la

población y el desarrollo de intervenciones breves en beneficio de los cuidadores que reciben la notificación de muerte.

A su vez el trabajo permitió puntualizar y atender necesidades psicológicas en los cuidadores entre ellas se encuentran: intervención en crisis, contención emocional y psicoeducación para comunicar la noticia al resto de los familiares. También se atendieron aquellos problemas emocionales encontrados dentro de la evaluación para promover un proceso de duelo más adaptativo, mediante intervención breve vía telefónica o canalización a instituciones donde recibieran atención psicológica.

Por las razones anteriormente mencionadas, se vuelve sumamente necesario generar más estudios en el área para obtener evidencia más robusta permitiendo la urgente promoción de un equipo de psicología dentro del ámbito hospitalario incluyendo el área de urgencias médicas. Pues, como se mencionaba en un primer momento aún predomina un modelo biomédico en el ámbito hospitalario, principalmente en urgencias, limitando la intervención del equipo de psicología.

El papel de los médicos en el escenario de la notificación se enfoca en comunicar al cuidador la muerte del paciente, dando continuidad a los diversos procesos y tramites en relación del paciente fallecido, así como atender al resto de los pacientes, resultando complicado brindar mucho tiempo a los cuidadores, por tal motivo, se necesita personal especializado para atender las cuestiones de carácter emocional de los familiares, siendo un momento en el cual se debe prestar singular

atención, pues la muerte de un ser querido es un suceso sumamente significativo en la vida del familiar y puede ser detonante de afecciones de carácter psicológico.

Dadas las circunstancias en las que se encuentra el familiar en el momento de la muerte de su paciente requiere de personal especializado y capacitado. Quien le brinde atención tratándole con empatía, hallando factores de riesgo y protectores de manera casi inmediata, para facilitar una reestructuración cognitiva, buscando volver lo más adaptable posible el suceso y permitiendo aminorar los efectos adversos involucrados en la muerte de un familiar; tomando en cuenta lo anterior los usuarios del servicio se podrían ver beneficiados mediante la generación de programas de trabajo interdisciplinario, incluyendo psicólogos como un elemento esencial en el ámbito hospitalario.

A modo particular, en el caso de la atención psicológica brindada en el área de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González se propone la continuidad al trabajo de notificación de muerte, con el fin principalmente de mantener funcional a quien reciba una noticia de este carácter, para poder continuar con los trámites específicos, y poder transmitir esta noticia al resto de los familiares. De igual manera se continúe el seguimiento telefónico para realizar la valoración de la evolución del duelo de los cuidadores, proporcionando atención psicológica en caso de ser necesaria, ya sea mediante intervenciones individuales, o la planificación de un taller grupal sobre el duelo.

Referencias

- Armelaños, G. J., Brown, P. J. y Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science and Medicine*, 61(4), 755–765. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Ballester, R., Gil, B., Gil, M. y Gómez, S. (2011). Afrontamiento de la muerte en familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: Valoración diferencial en función de variables sociodemográficas. *Medicina Paliativa*, 18(2), 46–53. [https://doi.org/10.1016/S1134-248X\(11\)70009-X](https://doi.org/10.1016/S1134-248X(11)70009-X)
- Barata, I. A., Shandro, J. R., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C. J., Duber, H. C., ... y Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 18(6), 1143–1152. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.7.34373>
- Bazán, G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y ciencia social*, 5(2), 20-26.
- Benzies, K. M., Shah, V., Aziz, K., Isaranuwatthai, W., Palacio-Derflinger, L., Scotland, J., ... y Alberta FICare Level II NICU Study Team. (2017). Family Integrated Care (FICare) in Level II Neonatal Intensive Care Units: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 467. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2181-3>
- Boelen, P. A. y Eisma, M. C. (2015). Anxious and depressive avoidance behavior in post-loss psychopathology: a longitudinal study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 28(5), 587–600. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1004054>

- Bor, R., Miller, R., Goldman E. y Scher, I. (1993). The Meaning of Bad News in HIV Disease: Counselling about Dreaded Issues Revisited. *Counselling Psychology Quarterly*, 6(1), 69-80. <https://doi.org/10.1080/09515079308254494>.
- Bradley, L. E., Forman, E. M., Kerrigan, S. G., Goldstein, S.P., Butryn, M. L., Thomas, J. G., ... y Sarwer, D. B. (2017). Project HELP: a Remotely Delivered Behavioral Intervention for Weight Regain after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 27(3), 586–598. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2337-3>
- Buckman, R. (1984). Breaking Bad News: Why Is It Still so Difficult? *British Medical Journal. (Clinical Research Ed.)*, 288(6430), 1597-1599.
- Butler, J. M., Hirshberg, E. L., Hopkins, R. O., Wilson, E. L., Orme, J. F., Beesley, S. J., ... y Brown, S. M. (2016). Preliminary Identification of Coping Profiles Relevant to Surrogate Decision Making in the ICU. *PloS One*, 11(11). 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166542>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163–176.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2017). Informe anual de actividades 2017. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311792/INFORME_2017.pdf
- Currie, E. R., Christian, B. J., Hinds, P. S., Perna, S. J., Robinson, C., Day, S., ... y Meneses, K. (2018). Life after Loss: Parent Bereavement and Coping Experiences after Infant Death in the Neonatal Intensive Care Unit. *Death Studies*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1474285>

- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... y Gaynes, B. (2015). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128–141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142–143. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>
- División Técnica de Información Estadística en Salud. (2006). [IMSS en cifras la demanda de un servicios en urgencias 2004]. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 44(3), 261-273.
- Domínguez Espinosa, A. D. C., Aguilera Mijares, S., Canales, A., Tamahara, T., Navarro Contreras, G. y Ruiz Paniagua, Z. (2012). La deseabilidad social revalorada: más que una distorsión, una necesidad de aprobación social. *Acta de investigación psicológica*, 2(3), 808-824.
- El-Jawahri, A., Greer, J. A., Pirl, W. F., Park, E., Jackson, V., Back, A. L., ... y Temel, J. (2017). Effects of Early Integrated Palliative Care on Caregivers of Patients with Lung and Gastrointestinal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *The Oncologist*, 22(12), 1528–1534. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0227>
- El-Jawahri, A., Traeger, L., Greer, J. A., VanDusen, H., Fishman, S. R., LeBlanc, T. W., ... y Temel, J. S. (2017). Effect of Inpatient Palliative Care During Hematopoietic Stem-Cell Transplant on Psychological Distress 6 Months After Transplant: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(32), 3714–3721. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.73.2800>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, (196), 129-136. <http://doi:10.1126/science.847460>
- Fallowfield, L. y Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet (London, England)*, 363(9405), 312–319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)
- Gómez-Gutiérrez, J. (2011). La reacción ante la muerte en la cultura del mexicano actual. *Investigación y saberes*, 1(1), 39-48.
- González Ramírez, M. T., y Landero Hernández, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Validación en una muestra Mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Hancock, H. S., Pituch, K., Uzark, K., Bhat, P., Fifer, C., Silveira, M., ... y Aiyagari, R. (2018). A randomised trial of early palliative care for maternal stress in infants prenatally diagnosed with single-ventricle heart disease. *Cardiology in the Young*, 28(4), 561–570. <https://doi.org/10.1017/S1047951117002761>
- Hartog, C. S., Schwarzkopf, D., Riedemann, N. C., Pfeifer, R., Guenther, A., Egerland, K., ... y Reinhart, K. (2015). End-of-life care in the intensive care unit: a patient-based questionnaire of intensive care unit staff perception and relatives' psychological response. *Palliative Medicine*, 29(4), 336–345. <https://doi.org/10.1177/0269216314560007>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y 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

- Hickman, R. L., Daly, B. J., Douglas, S. L. y Clochesy, J. M. (2010). Informational coping style and depressive symptoms in family decision makers. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 19(5), 410–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010354>
- Hilliard, M. E., Powell, P. W. y Anderson, B. J. (2016). Evidence-based behavioral interventions to promote diabetes management in children, adolescents, and families. *The American Psychologist*, 71(7), 590–601. <https://doi.org/10.1037/a0040359>
- Hoelterhoff, M. y Chung, M. C. (2013). Death Anxiety and Well-Being; Coping With Life-Threatening Events. *Traumatology*, 19(4), 280–291. <https://doi.org/10.1177/1534765613477499>
- Hospital General de México. (2016). *Informe de Autoevaluación Enero-Junio 2016*. Recuperado en Octubre, 29, 2018 de http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/informes_junta/info_ene_jun_02_16.pdf
- Hospital General Dr. Manuel Gea González. (2018). *Informe Bioestadístico Enero-Marzo 2018*. Recuperado en Octubre, 29, 2018 de http://www.hospitalgea.salud.gob.mx/contenido/menu/transparencia/planes_programas_e_informes/INFORME_BIOESTADISTICO_ENERO-MARZO_2018.pdf
- Hsiao, C. Y., Lin, L. W., Su, Y. W., Yeh, S. H., Lee, L. N. y Tsai, F. M. (2016). The Effects of an Empowerment Intervention on Renal Transplant Recipients: A Randomized

Controlled Trial. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 24(3), 201–210.

<https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000115>

Hobgood, C., Harward, D., Newton, K. y Davis, W. (2005). The Educational Intervention “GRIEV_ING” Improves the Death Notification Skills of Residents. *Academic Emergency Medicine*, 12 (4). 296-301. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.12.008>

Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221.

Johnson, J. y Panagioti, M. (2018). Interventions to Improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 93(9), 1400–1412.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002308>

Johnson, L. M., Torres, C., Sykes, A., Gibson, D. V. y Baker, J. N. (2017). The bereavement experience of adolescents and early young adults with cancer: Peer and parental loss due to death is associated with increased risk of adverse psychological outcomes. *PloS One*, 12(8), 1-15.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181024>

Keefer, L., Palsson, O. S. y Pandolfino, J. E. (2018). Best Practice Update: Incorporating Psychogastroenterology Into Management of Digestive Disorders. *Gastroenterology*, 154(5), 1249–1257. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.01.045>

Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Champigneulle, B., Thirion, M., Souppart, V., Gilbert, M., ... y Famirea Study Group. (2017). Effect of a condolence letter on grief symptoms among relatives of patients who died in the ICU: a randomized clinical

trial. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 473–484. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4669-9>

Kirkevold, M., Kildal Bragstad, L., Bronken, B. A., Kvigne, K., Martinsen, R., Gabrielsen Hjelle, E., ... y Sveen, U. (2018). Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Psychology*, 6(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0223-6>

Korteland, N. M., Ahmed, Y., Koolbergen, D. R., Brouwer, M., de Heer, F., Kluin, J., ... y Takkenberg, J. J. M. (2017). Does the Use of a Decision Aid Improve Decision Making in Prosthetic Heart Valve Selection? A Multicenter Randomized Trial. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(2). <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003178>

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.

López Alvarenga, J., Vázquez Velázquez, V., Arcila Martínez, D., Sierra Ovando, Á., González Barranco, J., y Salín Pascual, R. (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.

Luna, J. M. R. (2011). Historia de la Medicina de Urgencia en México. 25 años de la Medicina de Urgencia Los retos... ¿siguen siendo los mismos? *Archivos de Medicina de Urgencias México*, 3(1): 3-5.

Mancera, F. (2018). *Notificación de muerte en el área de urgencias médicas: Un registro conductual a través del protocolo GRIEV_ING* (Tesis de pregrado), Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

- Manoogian, M., Vandenbroeke, J., Ringerling, A., Toray, T. y Cooley, E. (2018). Emerging Adults' Experiences of Grandparent Death. *OMEGA Journal of Death and Dying*, 76(4), 351-372. <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0030222817693140>
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-17.
- McCallum, K. J., Jackson, D., Walthall, H. y Aveyard, H. (2018). Exploring the quality of the dying and death experience in the Emergency Department: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 106–117. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.011>
- Morales-Catalaud, F. (1997). *Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud*. México: Editorial Unision.
- 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
- Núñez, S., Martín-Martín, A., Rodríguez, I., González, I., Antolín, J., González, R., y Álvarez, L. (2002). Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de Urgencias hospitalario. *Revista Clínica Española*, 202(12), 629–634. [https://doi.org/10.1016/S0014-2565\(02\)71168-5](https://doi.org/10.1016/S0014-2565(02)71168-5)
- Omram, R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4), 509–538. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons (Vol. 5). Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y Citación

Organización Mundial de la Salud. (1978). Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12

Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitution of WHO: principles. <http://www.who.int/about/mission/en/>

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>

Ornelas, P. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología y salud*, 26(2). 177-184.

Parkes C. M. (1998). Bereavement in adult life. *British Medical Journal*. 316(7134). 856-59

Parker Oliver, D., Washington, K., Smith, J., Uraizee, A. y Demiris, G. (2017). The Prevalence and Risks for Depression and Anxiety in Hospice Caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 20(4), 366–371. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0372>

Paul, C. L., Clinton-McHarg, T., Sanson-Fisher, R. W., Douglas, H. y Webb, G. (2009). Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 45(17), 2960–2966. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.08.013>

Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Lopez-Leon, S. y Forero, D. A. (2018). Personality traits and health-related quality of life: the mediator role of coping strategies and

psychological distress. *Annals of general psychiatry*, 17(1), 1-21.
<https://doi.org/10.1186/s12991-018-0196-0>

Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., ... y French FAMIREA Group. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine*, 29(10), 1893–1897.

Pomerleau, O. F. (1979). Behavioral medicine: the contribution of the experimental analysis of behavior to medical care. *The American Psychologist*, 34(8), 654–663.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>

Quenot, J.-P., Ecarnot, F., Meunier-Beillard, N., Dargent, A., Large, A., Andreu, P., y Rigaud, J.-P. (2017). What are the ethical issues in relation to the role of the family in intensive care? *Annals of Translational Medicine*, 5(4), 40.
<https://doi.org/10.21037/atm.2017.04.44>

Remor, E., Arranz, P., y Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Madrid, España: Desclée De Brouwer.

Rodríguez Maroto, O., Llorente Álvarez, S., Casanueva Gutierrez, M., Álvarez Álvarez, B., Menéndez Somoano, P. y De la Riva Miranda, G. (2004). Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Características clínico epidemiológicas. *Emergencias*, 16, 17–22.

Sánchez Sosa, J. J. (2002). Health psychology: prevention of disease and illness; maintenance of health. *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*, 1-12.

- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Schwartz, G. y Weiss, S. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: a proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3–12.
- Secretaria de Salud de la Ciudad de México (2017). Agenda Estadística 2017. Recuperado en Octubre, 29, 2018 de http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2017/publicacion.html
- Shoenberger, J., Yeghiazarian, S., Rios, C. y 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>
- Solano López, A. L. (2018). Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Blood Pressure: A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 344-352. <https://doi.org/10.1111/wvn.12319>
- Stapleton, P., Bannatyne, A., Chatwin, H., Urzi, K.-C., Porter, B. y Sheldon, T. (2017). Secondary psychological outcomes in a controlled trial of Emotional Freedom Techniques and cognitive behaviour therapy in the treatment of food cravings. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 136–145. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.06.004>
- Suter, R. E. (2012). Emergency medicine in the United States: a systemic review. *World Journal of Emergency Medicine*, 3(1), 5–10. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2012.01.001>

- Tang, W.-X., Zhang, L.-F., Ai, Y. Q. y Li, Z.-S. (2018). Efficacy of Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for the management of chronic pain in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(36), 1-19. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012061>
- Wallston, K. A. (1996). Healthy, Wealthy, and Weiss: A History of Division 38 (Health Psychology). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/e588462012-001>
- Washington, K. T., Wilkes, C. M., Rakes, C. R., Otten, S. J., Parker Oliver, D. y Demiris, G. (2018). Relationships among Symptom Management Burden, Coping Responses, and Caregiver Psychological Distress at End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 21(9), 1-8. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0584>
- Wisten, A. y Zingmark, K. (2007). Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death—A qualitative study. *Resuscitation*, 74(1), 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.11.014>
- Wu, P.-H., Chen, S.-W., Huang, W.-T., Chang, S.-C., & Hsu, M.-C. (2018). Effects of a Psychoeducational Intervention in Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 26(4), 266–279. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000252>
- Zigmond, A. S. y Snaitch, 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>

ANEXOS

Anexo 1: Batería llamadas de seguimiento.



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Batería Familiares

Ficha de Identificación

Fecha:		Folio:	
Hora de inicio:	Hora de término:	Duración de la llamada:	
Persona que entrevista:			

Del Familiar

Nombre:			
Parentesco:		Ocupación:	Edad:
Lugar de residencia:		Teléfono:	Sexo:
Religión:	Estado civil:		Escolaridad:

¿Padece alguna enfermedad?		¿Cuál(es)?:	Tiempo de evolución:	¿Qué medicamentos toma?:
Sí	No			

Instrucciones para el entrevistado: ahora le voy a mencionar algunos datos de su familiar para corroborarlos y le pediré que me proporcione algunos otros que me hacen falta por favor.

Del Paciente Fallecido

(Esta sección debe estar previamente llenada y luego corroborar con el familiar)

Nombre:						
Edad:	Fecha del fallecimiento:			Tiempo en urgencias:		
¿Tenía una enfermedad previa al fallecimiento?			¿Cuál(es)?			
Sí		No				
¿Cuál fue la causa de defunción?:	Súbita				No súbita	
	Natural*	Accidental	Suicidio	Homicidio	Enfermedad crónica	Edad avanzada
Especifique:						
Percepción del fallecimiento:				Súbito/Inesperado		Esperado

*P. ej. Paro cardíaco, enfermedad aguda no detectada previamente, complicación aguda de una enfermedad.

Comentarios:

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	Factor
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.						RP
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.						RP
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.						SP

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.						SP
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.”						RP
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.						SP
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

Calificación

Factor	Reactivos	Total:
1. AS – Búsqueda de apoyo social	9, 18, 20	
2. EA – Expresión emocional abierta	8, 12, 17	
3. R – Religión	4, 10, 21	
4. SP – Solución de Problemas	7, 14, 19	

5. E – Evitación	3, 6, 13	
6. AN – Auto-focalización negativa	1, 11, 15	
7. RP – Reevaluación positiva	2, 5, 16	

Puntos de corte para cada factor

0	3	6	9	12
Nunca lo usa	Lo usa pocas veces	Lo usa a veces	Lo usa frecuentemente	Lo usa casi siempre

Comentarios:

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	Casi todo el día	De vez en cuando	Nunca			
3	2	1	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		
Total:					
Puntos de corte:		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 Sí en por lo menos 1 respuesta?	Sí	No
Si Sí , sume el número total de puntos de las respuestas (1 – 6). Marcar con una X “ Sí ” y especificar el nivel de riesgo de suicidio.	Riesgo de suicidio	
	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	Al menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al día	Varias veces al día	
1	2	3	4	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	Al menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al día	Varias veces al día	
1	2	3	4	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	Al menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al día	Varias veces al día	
1	2	3	4	5	
5. En el último mes, ¿cuántas veces se ha sentido confundido/a, aturdido/a o paralizado/a por su pérdida?					
Nunca	Al menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al día	Varias veces al día	
1	2	3	4	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	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo	
1	2	3	4	5	

7. ¿Le cuesta aceptar la pérdida de su ser querido?					
No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo	
1	2	3	4	5	
8. ¿Le cuesta confiar en los demás después de la pérdida de su ser querido?					
No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo	
1	2	3	4	5	
9. ¿Siente amargura por su pérdida?					
No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo	
1	2	3	4	5	
10. ¿Siente que seguir adelante con su vida (por ejemplo, hacer nuevos amigos, interesarse por cosas nuevas, etc.) será más difícil ahora?					
No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo	
1	2	3	4	5	
11. ¿Se siente emocionalmente bloqueado(a) desde su pérdida?					
No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo	
1	2	3	4	5	
12. ¿Siente que la vida no tiene sentido?					
No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo	
1	2	3	4	5	

PARTE III – *Instrucciones*: En la siguiente pregunta, le pido por favor que me indique la respuesta que mejor describa su situación.

13. ¿Ha visto Ud. reducida, de manera significativa, su vida social o laboral, o ha visto reducidas otras áreas importantes de su vida (por ejemplo, sus obligaciones domésticas)?	
No	Sí

En caso de haber respondido afirmativamente, especifique cuáles áreas:	

Calificación

¿Tuvo un puntaje de 4 o 5 en al menos una de las preguntas 1 y 2?	Sí	No
¿Respondió “ Sí ” en la pregunta 3?	Sí	No
¿Obtuvo puntajes de 4 o 5 en por lo menos 5 de las 9 preguntas de la 4 a la 12?	Sí	No
¿Respondió “ Sí ” en la pregunta 13?	Sí	No

*Si se marcó por lo menos un **No**, no hay presencia de trastorno por duelo prolongado*

Comentarios:

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 antes 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
G – Reunir			
1. ¿Se aseguró de que más de un familiar estuviera presente antes de la notificación de muerte?			
R – Recursos			
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?			
I – Identificar			
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)?			
E – Educar			
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?			
V – Verificar			
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?			
_ - Espacio			
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?			
I – Preguntar			
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?			
N - "Información básica"			
¿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?			
G – Dar			
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: _____

Punto de corte:	55%
------------------------	-----

Notificación

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

Otro, especifique:				
¿Tuvo oportunidad de despedirse de su familiar después 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 \surd 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:					

