



Trabajo Fin de Grado.

Acogida hospitalaria a familiares de víctimas de accidentes de tráfico.

Alumno: Mercedes Lahera Arévalo

Director: Julio Cesar de la Torre Montero

Madrid, marzo de 2018

Índice

1. Resumen.....	6-7
- Abstract.....	6
- Key words.....	7
2. Presentación.....	8
3. Estado de la cuestión.....	9-25
3.1. Epidemiología.....	9-13
3.1.1. Causas de fallecimientos publicadas en 2017, en España.....	9
3.1.2. Causas de fallecimientos hace 10 años en España.....	10-11
3.1.3. Causas de fallecimientos en España 1989.....	11
3.1.4. DGT, estadísticas accidentes.....	12-13
3.2. Conceptos básicos.....	13-15
3.2.1. Accidente de tráfico.....	13
3.2.2. Accidente de tráfico con víctimas.....	14
3.2.3. Víctima.....	14
3.2.4. Malas noticias.....	14
3.2.5. Duelo.....	15
3.3. Comunicación malas noticias.....	15-22
3.3.1. Como y quien comunicar malas noticias.....	17
3.3.2. Actualmente en España, quien comunica accidente de tráfico.....	18
3.3.2.1. Intervinientes.....	18
3.3.2.2. Protocolos.....	19-21
3.3.2.3. Otras catástrofes.....	21-22
3.3.2.4. Llegada al hospital.....	22
3.4. Duelo.....	22-25
3.4.1. Definición.....	22
3.4.2. Tipos de duelo.....	23
3.4.3. Fases del duelo.....	23
3.4.4. Tratamiento.....	24
3.4.4.1. Terapias de grupo.....	24

3.4.5. Asociaciones.....	25
3.5. Europa, visión Cero.....	25
4. Estudio observacional de corte cualitativo.....	26-52
4.1. Entrevistas.....	26
4.1.1. Asociación Dia.....	26
4.1.1.1. Introducción.....	26
4.1.1.2. Entrevista DIA.....	27-30
4.1.2. Terapias de Grupo.....	31
4.1.2.1. Introducción.....	31
4.1.2.2. Entrevista.....	32-45
4.1.3. Guardia Civil, agrupación de tráfico.....	46
4.1.3.1. Introducción.....	46
4.1.3.2. Entrevista.....	46-49
4.2. Conclusiones.....	50-52
4.2.1. Conclusiones comunes en los diferentes organismos entrevistados.....	50-51
4.2.2. Conclusiones desde el punto de vista de observador.....	51-52
5. Proyecto educativo.....	53-64
5.1. Propuesta protocolo de actuación.....	53
5.1.1. Justificación.....	53-54
5.1.2. Objetivos.....	54
5.1.3. Responsabilidades.....	54
5.1.4. Ámbito asistencial.....	54
5.1.5. Población diana.....	54
5.1.6. Desarrollo o cuerpo del protocolo.....	54
5.1.6.1. Motivos de llegada familiares de víctimas.....	54-55
5.1.6.2. Activación protocolo, Familiar víctima de tráfico.....	55-62
5.1.6.3. Algoritmo Atención Familiar Víctima de A. Tráfico.....	63
5.1.6.4. Cronograma actuación proyecto educativo.....	64

6. Bibliografía.....65-73

7. Anexos.....75-99

- Anexo 1: Principales causas de mortalidad 2.015.....75
- Anexo 2: Principales causas de mortalidad 2.005.....76
- Anexo 3: Principales causas de mortalidad 1989.....77
- Anexo 4: Víctimas accidentes de tráfico en España 1980-2015....78-79
- Anexo 5: Unidad de víctimas de accidente de tráfico. UVAT.....80
- Anexo 6: Protocolo de colaboración para la atención integral a las víctimas de los accidentes de tráfico, Gobierno de Navarra-DGT.....81
- Anexo 7: Protocolo actuación entre la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES) y las Unidades de Víctimas de Accidentes de Tráfico (UVATS).....82
- Anexo 8: Procedimiento de comunicación de fallecimientos con ocasión de accidentes de tráfico.....83
- Anexo 9: Primeros Auxilios Psicológicos. Agrupación Guardia Civil de Tráfico.....84-85
- Anexo 10: Procedimiento ERIE (Equipo de respuesta inmediata en emergencias) Psicosocial de Cruz Roja y actuación en asistencia a familiares de víctimas de accidentes de tráfico.....86
- Anexo 11: SAMUR-PROTECCION CIVIL, Asistencia psicológica en comunicación de malas noticias y duelo.....87-88
- Anexo 12: Terapias de Grupo.....89-90
- Anexo 13: Europa visión Cero.....91-93
- Anexo 14: Asociación DIA.....94
- Anexo 15: Guía de Atención al Duelo.....95
- Anexo 16: Embajadas y consulados.....96-99
- Anexo 17: Autorizaciones publicación de datos.....100
- Anexo 18: Autorización Tutores TFG.....101

Glosario de abreviaturas.

- ASITES: Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza.
- BMD: The British Medical Association.
- BOE: Boletín Oficial del Estado.
- CEMT: Conferencia Europea de Ministros de Transportes.
- CIE: Clasificación internacional de enfermedades.
- DGT: Dirección General de Tráfico.
- DL: Responsable departamento legal.
- DSMV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- E: Enfermera.
- EIR: Enfermera interna residente.
- EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.
- ERIE: Equipo de Respuesta Inmediata de Emergencias.
- G: Gerente.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- I.P: Instituto Psiquiátrico
- LISMI: Ley de integración social del minusválido.
- M: Mercedes
- MHGAP: Programa de Acción Mundial Salud Mental.
- MIR: Médico interno residente.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- P: Paciente.
- P: Psicólogo.
- PIL: Programa de Inclusión Laboral.
- SVA: Soporte Vital Avanzado.
- TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático.
- USM: Unidad de Salud Mental.
- UVAT: Unidad de Víctimas de Accidentes de tráfico.

1. Resumen.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 1.25 millones de personas fallecen anualmente en el mundo, debido a accidentes de tránsito. Las lesiones causadas por los accidentes de tráfico son la principal causa de mortalidad entre los 15 y 29 años. En España, actualmente los accidentes de tráfico ocupan la séptima causa de muerte.

El presente Trabajo de Fin de Grado, ha sido realizado mediante una revisión bibliográfica de datos epidemiológicos, protocolos sobre comunicación de malas noticias, así como de catástrofes, atentados..., quién comunica las malas noticias y como se lleva a cabo. En toda la revisión consultada no se ha encontrado ninguna referencia en lo que atención de familiares de víctimas de accidentes de tráfico se refiere. El objetivo de este trabajo es la implicación del profesional de enfermería en la atención a los familiares de víctimas de accidentes de tráfico a la llegada a un hospital. Esta implicación se fundamenta en los datos recogidos en este trabajo, así como en la elaboración propia de un protocolo de actuación.

Además de la revisión bibliográfica, el trabajo consta de un estudio observacional de corte cualitativo, en el que se recogen entrevistas a asociaciones de víctimas de accidentes de tráfico, Guardia Civil y Grupos de terapia.

Abstract.

According to the World Health Organization (WHO), approximately 1.25 million people die annually in the world due to traffic accidents. The injuries caused by traffic accidents are the main cause of mortality between 15 and 29 years. In Spain, traffic accidents currently occupy the seventh cause of death.

The present project, has been made possible through a literature review of epidemiological data, protocols of communication of bad news, as well as disasters/ catastrophes, terrorist attacks ..., who communicates the bad news and how it is being carried out. Throughout the revision has not found any reference in the care of victim's relatives of traffic accidents. The target of this work is the involvement of the nursing profession in the care of the victim's relatives of traffic accidents on arrival at a hospital. This implication is based on the information collected in this work, as well as in the elaboration of a protocol for action

In addition to the bibliographical review, the work consists of an observational qualitative study, in which interviews are gathered with associations of victims of traffic accidents, Civil Guard and Therapy Groups.

Key Words.

Traffic accident; grief; Stress Disorders, Post-Traumatic; Psychotherapy Group; hospitals, general.

Accidentes de tránsito; pesar; estrés postraumático; terapia de grupo, hospital general.

2. Presentación.

Los accidentes de tráfico son en nuestro país, la causa de un gran número de fallecimientos, así como lesiones permanentes para otras muchas personas, esto no solo supone un gran coste social a nivel sanitario y económico sino un terrible sufrimiento y dolor para miles de familias.

A diferencia de muchas enfermedades, los accidentes de tráfico llegan a las familias, sin previo aviso, no hay un tiempo para adaptarse a la situación, ni siquiera unos minutos en los que nos diagnostican una enfermedad. Normalmente es una llamada telefónica la que comunicará a un padre, a una madre, a un hijo, que el ser al que más querían y al que probablemente despidieron un día con un *hasta luego*, no volverá.

La principal motivación para hacer este trabajo se basa en la observación directa de que tengamos protocolos en las organizaciones sanitarias, prácticamente para todo, lavado de manos, esterilización, recogida de datos, comunicación de malas noticias..., pero sin embargo no tenemos un protocolo para acoger a esas familias que llegan a un hospital en el peor momento de sus vidas. Actualmente no existe en ninguna organización sanitaria un protocolo sobre comunicación a familiares de víctimas de accidentes de tráfico, normalmente son las fuerzas de seguridad del estado, en la mayoría de los casos la Guardia Civil, quien comunica estas noticias. No existe un psicólogo de guardia ni una persona preparada para comunicar estas noticias. Los recursos son limitados, pero las consecuencias que tendrán en estos familiares, el cómo y el cuándo se les dé esta noticia, serán ilimitadas, tanto en su persona como posteriormente en el sistema sanitario, ya que seguramente serán futuros pacientes.

Considero que desde enfermería se puede realizar una labor esencial, una primera acogida a estas familias que llegan a un hospital, con un protocolo básico de mínimos, con un trato humano, como humanos que somos y que nunca deberíamos perder.

Quiero agradecer la colaboración especial de personas con una inigualable humanidad:

A la Asociación Día, por su inestimable colaboración, en especial a Ruth Palmer, por poner una sonrisa en tantas familias.

Al I.P. José Germain, en particular a Lola, por tu colaboración y sobre todo tu cariño.

A la Guardia Civil, en concreto a Antonio, por su disposición aun estando de vacaciones.

A mi tutor de TFG, Julio de la Torre por formarnos no solo como enfermeros sino también como personas.

Y en especial a mi familia, a Santi, Iratxe y Aitor sin los cuales jamás hubiera podido realizar este trabajo.

Get' aime maman
Get' aime papa.

3. Estado de la cuestión.

El presente trabajo ha sido realizado en base a una búsqueda bibliográfica continuada, en bases de datos primarias como Pubmen, Scielo, Cuiden..., artículos de evidencia científica, así como otro tipo de páginas web, referentes al tema específico de este TFG, como: Dirección General de Tráfico, Ministerio de Fomento..., según cronograma de la guía de estudiante.

Se describirán cuestiones de toda índole, que reflejan la actualidad y la realidad de este, que es un problema de salud, y que se relaciona con muchos otros, de grandes y graves consecuencias.

A grandes rasgos, se podrá identificar: Epidemiología, datos estadísticos que recogen la siniestralidad en accidentes de tráfico, desde hace 30 años hasta la actualidad; conceptos básicos; protocolos existentes; recursos como asociaciones, terapias de grupo; tratamientos; estudio observacional cualitativo, basado en entrevistas con profesionales; así como un proyecto educativo en el que se desarrolla un protocolo.

CRONOGRAMA TFG		Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Mar
ELECCIÓN TEMA TFG	Concreción del problema		x								
	Planteamiento de la pregunta		x								
	Planteamiento objetivos		x	x	x						
	Justificación		x								
ESTADO DE LA CUESTIÓN	Búsqueda bibliográfica		x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Epidemiología			x	x			x	x		
	Conceptos					x	x	x	x		
	Justificación					x					
REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS		x	x					x			
PROYECTO EDUCATIVO										x	x
CONCLUSIONES										x	x

3.1. Epidemiología.

3.1.1. Causas de fallecimientos publicadas en 2017, en España.

Una de las principales fuentes de información en la Sanidad, es la estadística de defunciones dependiendo de la causa del fallecimiento. Estas estadísticas se realizan según las normas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades. (CIE)

Los datos para la realización de las estadísticas se obtienen mediante tres fuentes:

- Certificado Médico de Defunción/ BOE de defunción.
- BOE de defunción Judicial.

- BOE estadístico de Parto.

Estos datos facilitan información; según la causa, edad, sexo, mes de defunción y residencia; de mortalidad. Así como indicadores que miden la equiparación geográfica, la mortalidad prematura, la tasa de mortalidad y posibles años de vida perdidos.

Según el Instituto nacional de estadística (INE),(2) en su último informe publicado en 2017, sobre muertes producidas en España durante el año 2015, la estadística de defunciones dependiendo de la causa de muerte, registro un total de 422.568 fallecimientos, lo que supuso un 6.8% más en relación con el año anterior.

De este informe se desprende como principales causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades respiratorias. En los hombres la primera causa son los tumores y en las mujeres son la segunda causa de muerte.

Respecto a causas de muerte no naturales (externas), se registraron un total de 15.079 fallecimientos, lo que supuso el 3.6% del total, de los cuales 1880 víctimas fueron por accidente de vehículos de motor.

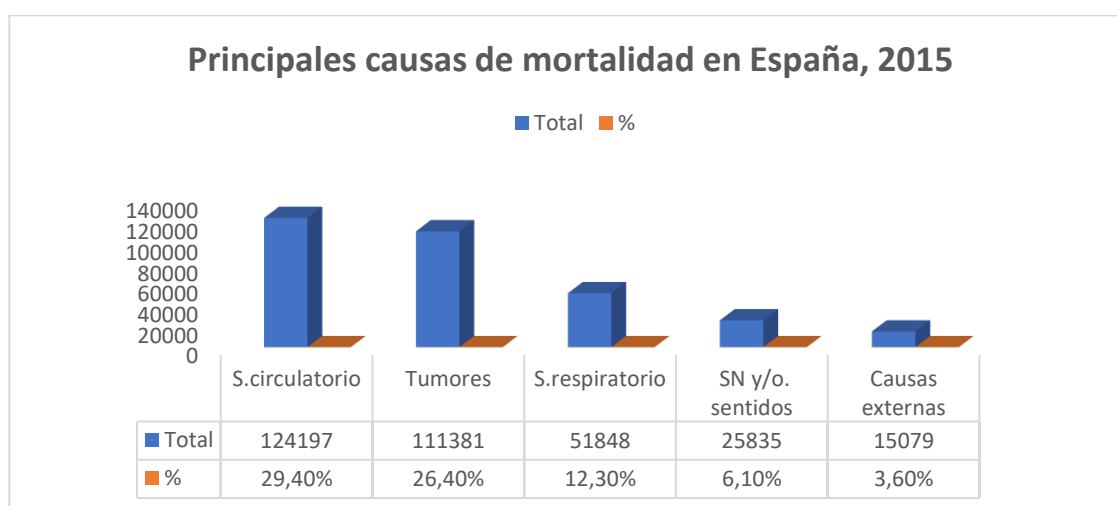


Tabla 1. Principales causas de mortalidad 2015.

Tabla de elaboración propia a partir de INE. Oct 2015, ver datos en extensión, en anexo1.

3.1.2. Causas de fallecimientos hace 10 años en España.

Según el INE)(3) , en su informe publicado en 2005, referente a la estadística de defunciones dependiendo de la causa de muerte, registro un total de 387.355 fallecimientos, lo que supuso en 4.1% más en relación con el año anterior.

De este informe se desprende como principales causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades respiratorias.

Respecto a causas de muerte no naturales se registraron un total de 16.902 fallecimientos, de los cuales 4457 víctimas fueron por accidente de tráfico.

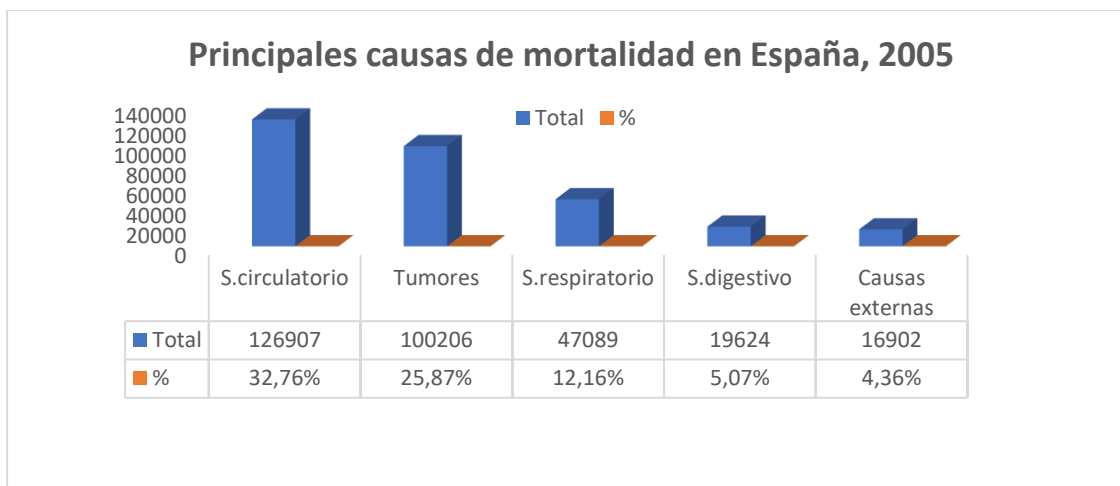


Tabla 2. Principales causas de mortalidad 2005.

Tabla de elaboración propia a partir de INE. Oct 2005, ver datos en extensión, en anexo 2.

3.1.3. Causas de fallecimientos en España 1989.

Según el INE (4), la estadística de defunción según causa de muerte en el año 1989 registró un total de 324.796 fallecimientos.

Según estos datos las principales causas de muerte son, las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades respiratorias.

En relación a causas de muerte no naturales se registraron un total de 19.333 fallecimientos, de los cuales **9.344 víctimas** fueron por accidentes de tráfico.

El año 1989, paso a ser uno de los años más negros en las carreteras españolas. Tal y como se representa en el siguiente gráfico, las tres primeras causas de fallecimientos siguen siendo las mismas, pero las causas externas ocupan un cuarto lugar, habiendo fallecido en este año, 9344 personas, es decir **7464 personas más que en el año 2015**.

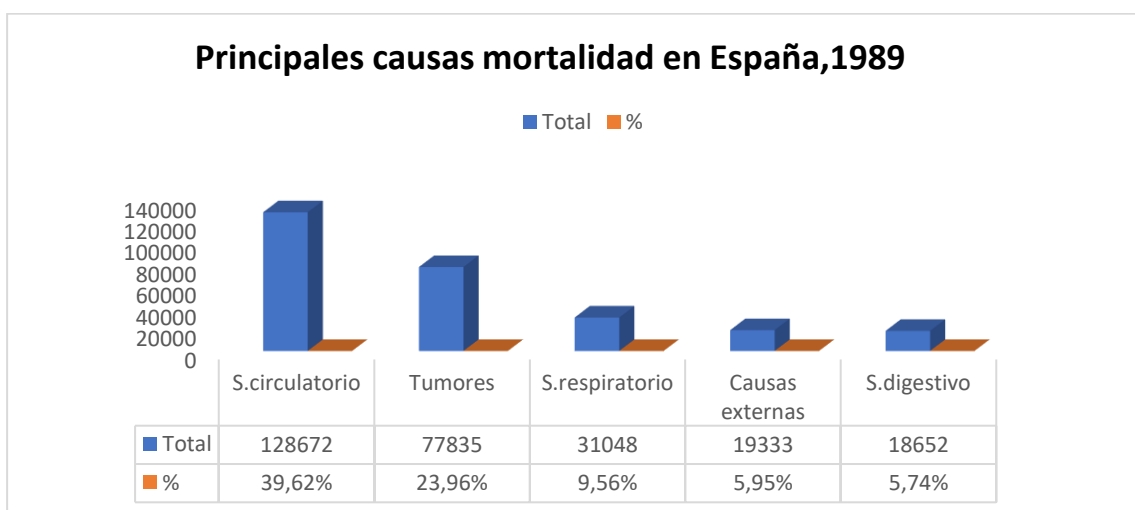


Tabla 3. Principales causas de mortalidad 1989.

Tabla de elaboración propia a partir de INE. Oct 1989, ver datos en extensión, en anexo 3.

3.1.4. Dirección General de Tráfico (DGT), estadísticas accidentes.

El siguiente gráfico muestra la evolución en periodos diferenciados de los fallecidos en accidente de tráfico según la DGT.(5)

- En la década de los 80 se observa un aumento, en el año 1989 se produce un pico de mortalidad en España, como consecuencia de accidentes de tráfico con 9.344 fallecidos. Es el mayor dato histórico en cuanto a accidentes de tráfico se refiere, según La fundación Mapfre y Michelin(6) , España estaba inmersa en un gran cambio y progreso, así como un incremento de los vehículos automóviles.

La década de los 70 en Europa, fue una época en la se idolatraba el riesgo y la velocidad, la muerte formaba parte de un juego, vivir al límite estaba de moda.

En España, pasada la dura época de la Transición, se produjo un incremento del capital extranjero, debido en gran medida a la futura incorporación de España en La Comunidad Europea, eran años de apogeo económico, lo que fomentó el mercado automovilístico, esto hizo que los accidentes aumentaran notablemente.

- En la década de los 90 se puede observar un descenso, en 4 años se redujo hasta un 33%. En estos años cambiaron muchas cosas:
 - Campañas que realizó la DGT en TV para concienciar a la población, con anuncios muy duros, con imágenes reales, sin censura.
 - Mejora de infraestructuras: Ampliación de red de carreteras, autovías y autopistas.
 - Mejora de la seguridad en los coches: se empieza a dar importancia a los coches por su seguridad, no todos son igual de seguros.

Cada vez más coches, comienzan a llevar airbags, sistemas ABS y control de estabilidad ESP. Son más resistentes, con habitáculos indeformables, la parte delantera del coche se deforma de manera controlada absorbiendo la energía del impacto.

- Incremento de sanciones por incumplimiento de normas: Obligatoriedad de llevar el cinturón en todas las plazas y todas las vías, casco para las motos, incremento de radares, así como el carné por puntos.
- Entre los años 1995-2003 se produce una tendencia que oscila entre ($\pm 5\%$).
- En el año 2004, se produce de nuevo un descenso.
- Entre 2013-2015 la cifra de fallecidos ha permanecido estable.



Gráfico 1. Víctimas accidentes de tráfico en España 1980-2015.

Tabla de elaboración propia a partir de INE. Oct 2015, ver datos en extensión, en anexo 4.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo(7) ,los datos estadísticos en España se realizaban mediante una aplicación recomendada por la Conferencia Europea de Ministros de Transportes (CEMT) respecto a víctimas mortales en accidentes de tráfico, a partir de 1993 según la Orden Ministerial de 18 de febrero de 1993, se adoptó un nuevo sistema estadístico de víctimas en accidente de tráfico, en 2014 esta orden quedó derogada mediante la Orden de 27 de Octubre de 2014(8) , en la que se regula la comunicación de la información al Registro Nacional de Víctima de accidentes, según el Ministerio de la Presidencia.

En España existen diferentes fuentes mediante las que se recogen datos estadísticos sobre fallecidos en accidentes de tráfico, tales como:

- Registro policial: solo incluye los fallecidos en el lugar del accidente o durante las primeras 24 horas, perdiendo datos de los que fallecen en el hospital.
- Fuentes sanitarias: Recogen los fallecidos en hospital, así como las personas con lesiones graves, así como su evolución, debido a accidentes de tráfico, perdiendo los que no llegan al hospital.
- Boletín estadístico de defunción: BOE.

3.2. Conceptos básicos.

3.2.1. Accidente de tráfico.

La DGT(9) lo define como “suceso eventual que altera el orden regular de las cosas”, así mismo recoge otras definiciones, como en concepto de Derecho “se considera accidente aquellos accidentes fortuitos que ocasionan daños”.

La OMS(10) , lo define como accidente de tránsito, “transferencia anormal no controlada de energía que tiene como consecuencia lesiones o muertes.”

Baker ya en 1970(11) ,en el Manual de Investigación de Accidentes de Trafico, lo definió como “hecho, suceso o acontecimiento inesperado o impremeditado, que contiene un elemento de azar o probabilidad y cuyos resultados son infortunados o indeseables.” Dos circunstancias, para que sea accidente de trafico: que suceda en una vía de circulación y que esté implicado por lo menos un vehículo en movimiento.

3.2.2. Accidente de tráfico con víctimas.

Según la DGT (9), se considera accidente de tráfico con víctimas, “los que se originan en una de las vías o terrenos objeto de legislación de tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, con la implicación al menos de un vehículo en movimiento y cuya consecuencia del mismo una o varias personas resultan heridas y/o muertas.”

Los suicidios o intentos de suicidios no se considerarán accidente a no ser que implique dañar a otro usuario en la carretera, en cuyo caso se denominara accidente con víctimas, excluyendo los actos terroristas.

3.2.3. Víctima.

Según la DGT (9), define víctima como, “toda persona que resulte muerta o herida en un accidente de circulación.”

Dentro de víctimas la DGT hace diferentes distinciones:

- Fallecido, persona que, como consecuencia de un accidente de tráfico, fallece en los siguientes 30 días o en el acto.
- Herido hospitalizado de más de 24 horas, persona que, como consecuencia de un accidente de tráfico, necesita una hospitalización mayor a 24 horas, excluyendo personas fallecidas 30 días después del accidente.
- Herido de igual o menor asistencia sanitaria de 24h, persona que, como consecuencia de un accidente de tráfico, no haya necesitado hospitalización mayor de 24h, pero si atención de servicios sanitarios.

3.2.4. Malas noticias.

Una mala noticia se puede definir como (12) , noticia que cambia o altera las perspectivas del paciente y su familia de una manera negativa y drástica, causando alteración emocional de manera grave o adversa, y afectando a su visión futura.

3.2.5. Duelo.

Según el DSMV, lo define como, tristeza por la muerte de un amigo o familiar. (información ampliada en sección 3.4.)

3.3. Comunicación malas noticias.

La comunicación de una mala noticia es una situación bastante habitual en los hospitales y consultas llevada a cabo por los sanitarios, siendo una de las labores más difíciles que realizan, debido a la ansiedad que genera, pudiendo poner en compromiso su capacidad técnica y humana, para comunicar de forma correcta.

Las personas que reciben la noticia, en la mayoría de los casos, recuerdan con total precisión, quien, donde, como y cuando se le dio la noticia; del modo en cómo se haya realizado dependerá la adaptación de la familia y/o paciente, de manera que sea una ayuda o una dificultad, además del impacto emocional que supone.

Las malas noticias se suelen asociar a algo que pone en compromiso la vida de la persona que la recibe, así pues, una mala noticia se define como (12) “aquella que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro.” La reacción emocional que produce la mala noticia en la persona que la recibe va a depender en mayor o menor grado de las expectativas de vida que haya imaginado y de la percepción de la situación. A mayores expectativas y menor grado de percepción actual, mayor será el impacto emocional de la noticia. Las personas afectadas por una noticia (paciente y familia), tendrán diferentes percepciones y expectativas.

La gran mayoría de los pacientes desean conocer su situación, estar informados y hablar de ello. Diferentes estudios,(14) tanto en España como en países anglosajones y asiáticos, concluyen que la mayoría de los pacientes, alrededor del 75% prefieren ser informados, aun en casos como el cáncer. Las mujeres y los jóvenes reclaman más información detallada que los hombres y las personas de avanzada edad, así como los pacientes precisan más información de la que los sanitarios presuponen. Para poder tomar decisiones es necesario estar informado, la información capacita al paciente en autonomía y autocuidado, así como en la toma de sus propias decisiones.

Por otro lado, es un derecho legal, tanto el estar informado como el derecho a no ser informado, así como conocer las alternativas terapéuticas. Este derecho se recoge en la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002.(15)

La manera de dar las malas noticias ha cambiado a lo largo de la historia, Hipócrates(16) en la antigua Grecia decía “*se debe examinar al enfermo con calma, observándolo con disimulo, aislando y diferenciando los aspectos relativos a su enfermedad..., no dejándolo darse cuenta de lo que sucederá ni de lo que le amenaza, pues más de un enfermo ha estado a punto de morir por esta causa, ...*” No hace falta remontarnos tanto, hasta no hace muchos años (17) , teníamos modelos paternalistas o centrados en el médico. Modelos teóricos que se fundamentaban en la ciencia médica oficial, Modelo biomédico, se caracteriza por abordar de manera analítica reduciendo todo a componentes cuantificables como son, físicos, estructurales o químicos. Son modelos con grandes limitaciones ya que no siempre es posible la medición e incluso no es útil, ya que no siempre la enfermedad tiene como base un trastorno orgánico, pero siempre va a suponer una vivencia personal.

En los últimos 20 años, han surgido distintas propuestas de actuación respecto a la interacción entre médico y paciente. Abandono de modelos paternalistas y autoritarios que solo se centraban en el médico, dando un papel más activo al paciente, incorporándole activamente en el proceso de consulta.

- Uno de los modelos más utilizados, es la estrategia de Barley Buckman (18) , de la Universidad de Toronto, llamado **SPIKES**:
 - *Setting up*: Preparar el entorno de la entrevista, sin interrupciones, respetando la privacidad e intimidad del informado.
 - *Perception*: En base a lo que sabe el paciente, adecuar la información. Observación de la comunicación verbal y no verbal.
 - *Invitation*: Averiguar qué información quiere saber realmente el paciente, hasta donde quiere conocer que le está pasando.
 - *Knowledge*: Utilización de vocabulario adaptado al paciente, sin tecnicismos en la comunicación de la información.
 - *Emotions*: Manifestar empatía, paciencia, respeto, al paciente y familia.
 - *Strategy and summary*: Ofrecimiento de un plan con alternativas terapéuticas y tratamientos, es decir, cuidados y seguimiento.

- Otros modelos utilizados en diferentes países son(19) :
 - Venezuela: En el año 2009, se puso en práctica, con la colaboración de la Organización Nacional de trasplantes de Venezuela y España, una actividad formativa sobre comunicación de malas noticias.

- Chile: En el año 2006, la Universidad de Chile puso en marcha un Taller para estudiantes de medicina de quinto y sexto año de carrera, sobre comunicación de malas noticias, situaciones difíciles y autocuidado profesional, este proyecto tan solo duro 5 años.
- Brasil: En el año 2005, se decidió estudiar la forma de comunicar malas noticias en Ginecología, en Atención prenatal.
- Perú: En el año 2006, se puso en marcha un curso sobre comunicación de situaciones críticas basado en autenticidad, empatía y respeto.
- Francia: En el año 2008, se realizó una investigación sobre familiares de pacientes que están en cuidados intensivos, se +6 la baja comprensión por partes de estos, por lo que los médicos decidieron mejorar la comunicación de malas noticias.
- Reino Unido: *The British Medical Association (BMA)*, recomendó el Manual de Medicina Clínica de Oxford, ya que consideraron que los médicos deben tener la habilidad para comunicar malas noticias.
- Asia: En Irán, estudiaron la reacción de un grupo de madres al conocer el cáncer de sus hijos, concluyeron en que la comunicación de malas noticias afecta según como se reciben se entiende e interpretan.
- España: La comunicación de malas noticias está contemplada en la formación de profesionales de salud mental, cuidados paliativos y medicina de familia. Desde 1995, es obligatorio en la formación del MIR, médicos de familia y cada vez más demandada en otras especialidades.

3.3.1. Cómo y quién comunicar malas noticias.

En general lo más recomendable es que la noticia sea comunicada por el profesional que atiende al paciente, tendrá más información y alternativas terapéuticas.(20)

El lugar para la comunicación debe ser lo más íntimo y cómodo posible, es mejor tardar algo más en comunicar la noticia que hacerlo en un lugar poco favorable.

El momento debe ser el adecuado, el profesional no debe precipitarse, la manera, la sensibilidad con la que lo haga contribuirá a disminuir el impacto.

Existen diferentes protocolos para dar malas noticias, pero no orientan con precisión como hacerlo ni que pasos seguir para respetar el dolor de la familia. La disposición del profesional, así como su capacidad, será fundamental para poder abordar la pérdida, reduciendo la ansiedad y aumentando la capacidad para la toma de decisiones.

3.3.2. Actualmente en España, quién comunica un accidente de tráfico.

En España, los accidentes de tráfico son comunicados a los familiares o allegados de la víctima a través de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Según la DGT, (21) *“es importante que las víctimas tengan ayuda psicológica en el lugar donde se ha producido el accidente.”* El principal objetivo en las intervenciones psicológicas durante una emergencia es el auxilio a la persona que ha tenido el accidente, guiándola para enfrentarse a la crisis, control de sentimientos y emociones.

En la actualidad debido a la falta de recursos, este servicio es prácticamente inexistente.

3.3.2.1. Intervinientes.

En el lugar del accidente (22) :

- Bomberos: Servicio de Extinción de Incendios y Salvamento tiene como funciones:

Asistencia a víctimas hasta que lleguen los servicios sanitarios, salvamento de personas atrapadas, inmovilizar/ estabilizar vehículos, control de posibles incendios, derrame de líquidos, airbags sin activar, ayuda en la recogida de obstáculos y limpieza del asfalto, y comunicación de la situación a los organismos correspondientes.

- Trasporte sanitario de Urgencia: Ambulancias tendrán como funciones:

Clasificar y estabilizar víctimas, atención sanitaria, evacuación y traslado de las víctimas, salvamento precoz por riesgo vital antes de la llegada de bomberos, señalizar lugar hasta la llegada de agentes de tráfico, certificar fallecidos y comunicación situación, a los organismos correspondientes.

- Policía local, Guardia Civil, Policía Foral: Cada uno de los Cuerpos policiales realizara las siguientes funciones según su ámbito territorial:

Regulación y control del tráfico, control de accesos, asistencia a víctimas hasta que lleguen los servicios sanitarios, salvamento precoz por riesgo vital antes de la llegada de bomberos, custodia de restos, marcas..., recogida de datos e información del accidente, reconstrucción e investigación del accidente, contactar con autoridad judicial y funeraria en caso necesario, retirada de vehículos y restablecimiento del tráfico, rastreo del perímetro y comunicación situación a los organismos correspondientes.

-Otros: Según el estado de las víctimas y el tipo de accidente deberán acudir al lugar:

Psicólogo, Forense, Juez de Guardia, Funeraria, Grúa y Equipo mantenimiento calzada

3.3.2.2. Protocolos.

Existen diferentes guías /protocolos de actuación en tratamiento de accidentes, dirigidos al tratamiento de víctimas y heridos en emergencias, así como los recursos disponibles tanto para las víctimas como para sus familias. En toda la bibliografía consultada, no existe ningún protocolo para la comunicación del fallecimiento de víctimas a sus familias, solamente por parte del Samur en la Comunidad de Madrid y por Cuerpos y fuerzas de Seguridad del Estado se recoge una pequeña formación al respecto.

1. Unidad de víctimas de accidente de tráfico.(23) UVAT.

Creada por la DGT en 2013. Objetivo principal, coordinar y configurar una red nacional para información y atención de víctimas de accidentes de tráfico. Existen 52 unidades emplazadas en las Jefaturas Provinciales de tráfico.

Ver datos en extensión, en **anexo 5**, elaboración propia a partir de Protocolo Unidad de víctimas de accidentes, UVATS. Feb2013

Según la asociación de víctimas de accidentes DIA (24), las UVATS son *“un recurso joven que necesitara a medio plazo una inversión en recursos de todo tipo como son: formación continuada relativa a recursos sociales existentes, conocimientos jurídicos, medios materiales y especialmente, instalaciones que permitan la privacidad en la atención a las víctimas y familias.”*

2. Protocolo de colaboración para la atención integral a las víctimas de los accidentes de tráfico, Gobierno de Navarra-DGT. (22)

Protocolo entre el Gobierno de Navarra y la DGT, en 2014, para facilitar el acceso de recursos a las víctimas, así como disminuir la victimización entre víctima/sistema.

Ver datos en extensión, en **anexo 6**, elaboración propia a partir de Protocolo de colaboración para la atención integral a las víctimas de los accidentes de tráfico, Gobierno de Navarra-DGT. Nov2014

3. Protocolo actuación entre la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES) y las Unidades de Víctimas de Accidentes de Tráfico (UVATS) (25).

Protocolo entre ASITES y DGT, 2015. Objetivo mejorar la coordinación entre ambas, asistencia con mayor eficacia, estableciendo intercambio y cooperación en prevención, salud mental e intervenciones en crisis de víctimas de accidentes.

Ver datos en extensión, en **anexo 7**, elaboración propia a partir de Protocolo UVATS. Jul 2015

4. Procedimiento de comunicación de fallecimientos con ocasión de accidentes de tráfico.(26)

Procedimiento interno facilitado por la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil. Recoge la comunicación a familiares de víctimas de accidentes de tráfico con resultado de muerte.

Recoge habilidades como informador, proceso de dar la mala noticia, estrategias tras la comunicación de afrontamiento y formación.

Ver datos en extensión, en **anexo 8**, elaboración propia a partir del Procedimiento de comunicación de fallecimientos con ocasión de accidentes de tráfico. Ener 2015

5. Procedimiento primeros auxilios psicológicos, Guardia Civil.(27)

A raíz de diversos acontecimientos, como la inundación del Camping de Biescas, el accidente ferroviario de Chinchilla, los atentados del 11M...se desarrolla la necesidad de proveer a cualquier persona de unos recursos específicos, sin tener que ser psicólogo, es decir, unos primeros auxilios psicológicos.

Ver datos en extensión, en **anexo 9**, elaboración propia a partir de Primeros Auxilios Psicológicos, Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil. 2015.

6. Procedimiento ERIE (Equipo de respuesta inmediata en emergencias) Psicosocial de Cruz Roja y actuación en asistencia a familiares de víctimas de accidentes de tráfico.(28)

Equipos especializados en valoración de necesidades psicológicas, para aliviar el sufrimiento, prevención de trastornos psicopatológicos, orientación de recursos de ayuda, así como detección de casos con necesidad de derivar a salud mental.

Ver datos en extensión, en **anexo 10**, elaboración propia a partir de Procedimiento de actuación de Cruz Roja Española del servicio de atención psicosocial a afectados. 2010.

7. SAMUR-Protección civil, asistencia psicológica en comunicación de malas noticias y duelo. (29)

Procedimiento realizado por el psicólogo de guardia de SAMUR. Objetivo, mitigar el impacto psicológico en la comunicación de una mala noticia y duelo para prevenir duelos complicados o patológicos después de una muerte traumática e inesperada.

8. Otros protocolos.

De los siguientes protocolos, únicamente hace referencia en como comunicar el fallecimiento de una víctima de accidente de tráfico a un familiar, el protocolo de Albacete (30), basado en la Guía de la asociación estatal de víctimas de accidentes DIA, desarrollado en el apartado asociaciones.

- Guía para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencias. (31)

Este protocolo recoge como comunicar la muerte repentina a familiares de un paciente crónico enfermo, pero estable, del cual no esperan su muerte.

- Protocolo actuación ante la muerte. Comisión Humanización de los cuidados. (32)

Protocolo realizado por enfermeros del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, sobre como orientar y humanizar a los profesionales, en particular a enfermeros concepto de muerte digna con unos cuidados paliativos integrales.

- La primera noticia. Claves para el profesional. (33)
Herramienta práctica, diseñada por el Hospital Sant Joan de Déu, para el profesional sanitario que comunica una mala noticia. Recoge vivencias de profesionales y familias, se centra en como comunicar diagnósticos graves.
- Secpal. Guía clínica y protocolo de actuación de Atención al Duelo en cuidados paliativos. (34) Objetivo facilitar la atención de pacientes terminales y sus familias.
- Guía de intervención en accidentes de tráfico en la provincia de Albacete. (35)
Procedimientos de recogida de datos e información de los intervinientes en un accidente, así como comunicación a víctimas y familiares. Tal y como recoge la guía “afrontar este tipo de comunicación sin la formación necesaria tiene un doble resultado negativo. Puede provocar más dolor del necesario al receptor e incrementar el nivel de estrés y malestar del emisor. Basada en el Manual de comunicación de malas noticias de la Asociación DIA. (ver apartado asociaciones.)

9. The quiet room.

The quiet room, no es un protocolo, es un artículo publicado en The New Journal Medicine, nos habla, de lo que traducido al castellano sería “La habitación silenciosa”, así llaman a una sala tal y como dice el artículo “*insulsa, modesta...*”, donde los cirujanos dan la noticia en la mayoría de los casos a padres que acaban de perder a su hijo, como consecuencia de heridas producidas por arma de fuego. El impacto emocional que supone para esas familias y los profesionales. (36)

3.3.2.3. **Otras catástrofes.**

En España existen diferentes guías, en las que se recoge la ayuda psicológica en caso de grandes desastres, catástrofes, terrorismo, accidentes aéreos...

- Manual de intervención psicológica y social en víctimas de terrorismo 11M. (37)
Tras los atentados en Madrid el 11 de marzo de 2.004, se realizó este manual con datos estadísticos sobre los atentados, tipo de ayuda psicológica que se prestó durante y después de la misma, trastornos psicológicos que se produjeron...
- Protocolo información, para víctimas y familiares de accidentes de aviación Civil comercial. (38)

Asistencia a víctimas y familiares de accidentes aéreos, regulado según el RD 632/2013 y Resolución del Ministerio del Interior, (39) en el que se aprueba El Protocolo de Coordinación de asistencia en caso de accidente aéreo.

3.3.2.4. Llegada al hospital.

Cuando un familiar de una víctima de tráfico llega a un hospital, normalmente es porque ha sido avisado por la guardia civil, policía... o por el propio hospital.

Existen diferentes protocolos sobre acogida de pacientes y familiares, pero en ningún caso se habla de acogida a familiares que o bien llegan sabiendo que su familiar ha fallecido o bien se lo comunican en el hospital cuando llega.

- Protocolo Acogida al paciente. (40)

Acogida a pacientes durante el proceso de hospitalización, para todos los Centros Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Se define como “recomendación de estilo a los profesionales sanitarios”, recoge conceptos como empatía, respeto, tolerancia...

- Tratamiento psicológico de los familiares de víctimas de accidentes de tráfico. (41)

Según recoge esta guía, actualmente no existe atención ni valoración psicológica a heridos, testigos o familiares. Se prioriza lo físico frente a lo psicológico. No existe intervención psicológica en casi ningún nivel:

- NO existe en el sitio del accidente.
- NO en la comunicación de malas noticias.
- NO en las esperas hospitalarias.
- NO en prevención en salud mental. Solo en caso de desarrollar trastornos severos como depresión, duelos patológicos, estrés postraumático...

3.4. Duelo.

3.4.1. Definición.

Según el DSMV, (13) se considera natural que una persona entre en duelo cuando fallece un familiar o amigo cercano. Cuando determinados síntomas del duelo son motivo de atención clínica, el DSMV lo codifica como duelo no complicado, siempre que estos síntomas no duren mucho ni sean muy graves. La tristeza del duelo puede relacionarse con la tristeza de episodios de depresión mayor, por lo que muchas veces puede ir unido. La mayoría se consideran duelos normales, evitando establecer un diagnóstico de depresión, a no ser que los síntomas persistan más de dos meses.

3.4.2. Tipos de duelo.

Según el DSMV(13) , se distinguen dos tipos de duelo:

- **Duelo no complicado:** Tristeza por la muerte de un amigo o familiar.
El duelo se considera una reacción normal frente a una situación particular que genera estrés, por lo tanto, el DSMV no lo recoge como un trastorno sino como un código Z. En este caso el duelo no complicado está clasificado dentro de: Problemas de relación y familiares, código Z63.4 [V62.82]. El duelo se considera dentro de lo normal y puede ser causa para solicitar atención clínica, según DSMV, cuando los síntomas no sean graves ni duren demasiado.

- **Trastorno de duelo complejo y persistente. (duelo complicado.)**
Duelo intenso de un paciente debido a la muerte de alguien cercano. Puede presentar melancolía, pensamientos persistentes sobre la persona fallecida y circunstancias de su muerte, pérdida de identidad y tensión reactiva.

3.4.3. Fases del duelo.

Según la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (42), existen 5 etapas en el proceso del duelo, sin orden prescrito, sino que se trata de un aprendizaje donde al final comprendemos a convivir con la pérdida y continuar una vida en la que nuestro familiar ya no estará.

- Fases:
 1. Negación: Negar el fallecimiento de un ser querido permite amortiguar el golpe, aplazar parte del dolor para que nuestro organismo se acostumbre. No es indefinida, se abandona por confrontación con la realidad.
 2. Ira: Resentimiento y rabia como consecuencia de que se haya producido la muerte y no se haya podido hacer nada para evitarlo. Se percibe la muerte como resultado de una decisión y se intentan buscar culpables.
 3. Negociación: La persona imagina que puede revertir la situación y busca estrategias, negocia cambios en su estilo de vida con entidades sobrenaturales o divinas. Etapa breve, no cuadra con la realidad.
 4. Depresión: Síntomas similares a depresión sin llegar a ser trastorno mental, volvemos a la realidad con un profundo vacío. Hay una gran tristeza que no se puede mitigar, se produce una crisis existencial, aprender a aceptar y vivir con la ausencia de la persona.
 5. Aceptación: Aprende a vivir con ello, aceptando la muerte del ser querido.

3.4.4. Tratamiento.

Según diversos estudios (43), el duelo es un problema de salud debido a sus repercusiones en el proceso salud enfermedad. El nivel asistencial más idóneo para atender a las personas en duelo es la atención primaria. Muchas veces el médico de familia es el que ha estado asistiendo en el hogar al fallecido, otras veces el familiar acude al médico de familia porque el fallecimiento se ha producido fuera del domicilio. El familiar de la víctima acude a su médico de familia porque es con quien tiene confianza, le conoce y se encuentra seguro compartiendo sus emociones.

El duelo se convierte en un problema de salud, ya que se ve el sufrimiento como algo “normal”, y aunque lo es, muchas veces por este mismo motivo, no se evalúan bien posibles duelos patológicos, ni se hacen intervenciones tempranas.

- Cuidados en atención primaria: deben abarcar todas las esferas de la persona, biológica, psicológica, social y espiritual; accesibles; coordinados, sino puede resolver el problema lo deriva a otros; longitudinales no puntuales; y básicos.

- Síntomas más comunes: Disminución estado de ánimo, falta de interés, tristeza, culpabilidad, anorexia, insomnio, aislamiento social, trastorno sensoperceptivo tipo alucinación (ve o escucha la voz de su familiar fallecido) ...

- Diagnostico diferencial: Depresión mayor. Cuadro depresivo superior a dos meses desde el fallecimiento con sentimiento más agudos, como pensar que estaría mejor muerto, inutilidad, alucinaciones complejas...

- Factores determinantes: Personalidad del paciente, motivo del fallecimiento, edad de la persona fallecida, edad del familiar (44), vínculo con este...

La mayoría de los duelos se resuelven en atención primaria, con ayuda del médico de familia y de la enfermera, algunos precisan derivación al Centro de Salud Mental y otros precisan tratamientos farmacológicos, aunque no existe evidencia que afirme que la medicación elimine el proceso de duelo o ayude a su desarrollo adaptativo.

- Tto. farmacológico: Normalmente tratan problemas asociados. Antidepresivos, inhibidores selectivos de captación de serotonina ISRS. Ansiolíticos, bajas dosis de benzodiazepinas solo en caso de insomnio o ansiedad, ya que puede causar sedación.

3.4.4.1. Terapias de grupo.

Según el Área de Gestión clínica psiquiátrica del Hospital 12 de Octubre (46), los grupos de terapia deben ser grupos estructurados dirigidos por un líder, terapeuta o moderador (psicólogo, enfermera...), cuyo papel es imprescindible para llevar al grupo hacia unos objetivos de cambio que favorece y conoce.

En el apartado de entrevistas, (4.1.2.2.), se describen tres grupos de terapia.

Ver datos en extensión, en **anexo 12**, elaboración propia a partir de Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve

3.4.5. Asociaciones.

Según la página de la DGT, (45) en España existen 28 asociaciones de víctimas de accidentes de tráfico. Todas estas asociaciones persiguen un mismo fin, desde diferentes ámbitos, distintas comunidades autónomas, así como asociaciones específicas de lesiones, como daño medular, amputados... En el apartado, (4.1.1.) se desarrolla el trabajo que realiza una de estas asociaciones, DIA, cuya colaboración ha sido imprescindible para entender el trabajo que desempeñan las mismas.

3.5 Europa, visión cero. (52)

Proyecto de seguridad vial que se originó en Suecia, en el año 1995, y fue aprobado por su parlamento en 1997. Desde que se introdujo en Suecia, se produjo un descenso importante en el número de fallecidos, convirtiéndose en el país con menos tasas de víctimas por accidentes de tráfico.

Pone de manifiesto un sistema de carreteras y transportes como un todo, en el que todos los componentes deben interactuar entre ellos para garantizar la seguridad. La principal responsabilidad es de quienes configuran el sistema de carreteras y transportes, y del ciudadano es la responsabilidad de cumplir las normas.

Principio ético, "nadie debería morir ni sufrir lesiones para toda la vida en las carreteras. El único número aceptable de muertos o heridos en las carreteras es cero."

Ver datos en extensión, en **anexo 13**, elaboración propia a partir de la sede web Traffic safety by Sweden.

4. Estudio observacional de corte cualitativo.

4.1. Entrevistas.

Las siguientes entrevistas han sido realizadas gracias a los profesionales que en las mismas se mencionan, con el fin de aportar cuales son las funciones que realizan, tanto con víctimas como con familiares de accidentes de tráfico.

4.1.1. Asociación Dia. (57)

4.1.1.1. Introducción.

Entidad social estatal, sin ánimo de lucro, fundada en el año 2.003 para la atención integral, (psicológica, social, laboral, legal...), a víctimas de accidentes y su entorno. Así mismo facilitan formación, recursos y asesoramiento a profesionales que atienden a víctimas de accidentes.

- Misión: Atención integral a víctimas de accidentes, formación y asesoramiento a profesionales, defensa de derechos de las víctimas mediante propuestas legislativas, así como denuncia ante los medios de comunicación de vulnerabilidad de las víctimas.
- Visión: Recurso útil, gratuito e independiente para las víctimas, ofreciendo asesoramiento integral y profesional sobre accidentes, e intentando disminuir el posible trauma posterior al mismo.
- Valores: Profesionalidad, independencia, compromiso, empatía, calidad, respeto y colaboración.

Además de la atención que ofrece DIA, mediante psicólogos/as, trabajadoras sociales, abogadas..., tanto presencial, como asistencia telefónica o email, también ofrece una serie de herramientas para víctimas de accidentes como son:

- Píldora: ¿qué hacer en caso de accidente?
¿Qué incapacidades pueden derivar en caso de accidente??
- Manuales para víctimas:
Alguien muy especial ha tenido un accidente. (dirigido a niñas/os)
Duelo por accidente. (dirigido a adultos.)
- Manual para comunicación de malas noticias.
Ver datos en extensión, en **anexo 14**, elaboración propia a partir de Manual par comunicación de malas noticias, de la asociación estatal de víctimas de accidentes, DIA.
- Guías:
Guía de recursos para víctimas de accidentes
- Colaboraciones especiales como:
Ponle freno.

4.1.1.2. Entrevista DIA.

Entrevista mantenida el viernes 09 de junio de 2017, en las instalaciones de DIA en Seseña Nuevo. En la entrevista están presentes, la coordinadora y responsable del departamento legal, la responsable del departamento social, un psicólogo y la gerente de la asociación.

Comienzo la entrevista presentándome, agradeciéndoles de antemano su colaboración e indicándoles el motivo de la entrevista, aunque previamente lo habíamos hablado por teléfono.

Mercedes (M): Buenos días, soy Mercedes Lahera, en primer lugar, agradeceros que me dediquéis unos minutos de vuestro tiempo. El motivo de esta entrevista, como ya os indiqué por teléfono, es debido a que soy estudiante de enfermería y para mi trabajo de fin de grado, me gustaría realizarlo, sobre la acogida que reciben los familiares de víctimas de accidentes de tráfico a la llegada a un hospital. He estado documentándome y no he encontrado nada al respecto, existe diversos protocolos, sobre cómo dar malas noticias, pero no sobre como recibir a estos familiares que en muchos casos llegan destrozados por una llamada que han recibido y en otros casos llegan sin saber que su familiar ha fallecido. Me gustaría saber cómo asociación de víctimas de accidentes ¿qué pensáis al respecto y que os comentan las personas a las que atendéis.?

Psicólogo (P): Como psicólogo te puedo decir que hasta donde yo sé, no existe nada al respecto, no hay un protocolo para recibir a familiares de víctimas. Y como psicólogo de la asociación, normalmente cuando nos llega el familiar a la asociación ya han pasado varios días, normalmente vienen con la incertidumbre de no saber a dónde acudir.

(M): ¿Entonces desde la Asociación, no se puede colaborar con la policía, guardia civil...para comunicar esta noticia a los familiares de las víctimas?

Gerente (G): Es un tema que hemos hablado muchas veces con la DGT, con la administración..., pero el problema siempre es el mismo la falta de recursos. Nosotros como asociación ofrecemos nuestros psicólogos a las familias que lo necesiten, pero lo que también necesitan estas familias es psicólogos que les atiendan en el momento de recibir la noticia.

(M): Hasta cierto punto puedo entender que no puede haber un psicólogo las 24h en cada hospital, pero puede haber psicólogos de guardia. Cada vez que hay una catástrofe con múltiples heridos, vemos en los medios de comunicación como hay un gran despliegue de medios, entre otros psicólogos, ejemplos como el 11-M, el accidente de Spanair o cuando son accidentes que por el número de víctimas tienen mucha repercusión, pero ¿qué pasa cuando

fallece una o dos personas?, para cada una de esas familias es su dolor, ¿no necesitan ayuda psicológica.? (61)

(G): Claro que la necesitan y desde las asociaciones luchamos para que así sea, pero la respuesta siempre es la misma, el coste que eso supondría para la administración. No obstante, hace unos años pusimos en marcha un proyecto piloto pero tan solo duro unos meses, debido precisamente a eso, a la falta de recursos.

(M): ¿En qué consistía ese proyecto?

(P): Fue un proyecto piloto, que se realizaba en carreteras secundarias fuera de Madrid capital, es decir, cualquier zona que abarcara la Comunidad de Madrid en la que hubiera algún fallecido. En este caso yo, que era el psicólogo tenía un teléfono 24h, la guardia civil me avisaba de que había un accidente con víctimas y me desplazaba hasta la Comandancia de la Guardia Civil de Valdemoro. Allí una patrulla de la Guardia Civil me desplazaba hasta el lugar del accidente para así poder dar datos a la familia. En el lugar del accidente junto con la Guardia Civil, se identificaba al conductor y se intentaba sacar la máxima información que se pudiera. A continuación, los agentes y yo nos desplazábamos al lugar de residencia de los familiares.

(M): ¿Cómo era ese momento, como se comunica algo así?

(P): Normalmente hasta la residencia íbamos dos agentes de la Guardia Civil, y yo como psicólogo. Son momentos muy complicados, porque muchas veces teníamos que ir de madrugada, por lo que simplemente al ver a la Guardia Civil, ya saben que algo malo pasa. A la llegada nos presentamos como Psicólogo y Agentes de la Guardia Civil, los agentes verifican que se trata de la familia de la persona fallecida, y una vez identificados los agentes se quedan al margen y es cuando yo intervengo. Se intenta que sea un lugar donde los familiares se sientan seguros, su casa, pero en muchas ocasiones, hay familiares presentes en el accidente o llegan, porque alguien les ha avisado, al lugar del accidente. Se intenta retirarles a un lugar seguro, se les sienta, y se les comunica la noticia.

(M): ¿Durante cuánto tiempo se llevó a cabo?

(P): Creo recordar que no llevo a tres meses.

(M): Habláis de la falta de recursos, pero el hecho de que una persona no reciba una atención temprana, puede que le cueste más dinero a la administración, puesto que es un paciente potencial, ¿no?

(P): Si, pero lo ven como gastos a largo plazo. Este proyecto dejó de hacerse porque, aunque yo lo hiciera de manera altruista, había que movilizar a unos agentes para que me llevaran al lugar del accidente, luego a la vivienda del familiar, después otra vez a Valdemoro..., la administración lo ve como gastos extras que no tiene si es la Guardia Civil quien directamente da la noticia.

(M): Pero un Guardia Civil, no tiene formación en ayuda psicológica, no es una persona cualificada para ello. ¿Qué os comentaban estos agentes?

(P): No, no están cualificados, tan solo reciben unas horas de formación en la academia al respecto. Ellos en principio les gustaba la idea de que fuera un psicólogo el que comunicara la noticia, al fin y al cabo, están habituados a dar estas noticias, pero a estas cosas no se acostumbra nadie, por lo que, si lo hacía alguien por ellos, pues mejor que mejor. Únicamente en Madrid capital, existe psicólogo de guardia a través del Samur, pero solo en el caso de Madrid capital, y siempre y cuando haya psicólogo de guardia, normalmente es para atender en el lugar del accidente.

(M): ¿Como contactan las víctimas o familiares con vosotros?

Respons.dpto. social (DS): Nos llegan a través de diferentes maneras. A veces contactan con nosotros directamente, ya sea porque lo han visto por internet, algún anuncio o conocen a alguien que les ha hablado de nosotros, o bien nos llegan derivados por las UVATS de la DGT. (ver apartado 3.2.2. protocolos.) A través de las UVATS nos llegan avisos para atención de familiares de víctimas, pero es verdad que son cada vez menos.

(M): ¿Qué tipo de patología son las más comunes en familiares de víctimas con resultado de muerte?

(P): Normalmente las patologías más comunes son: Alteraciones del estado de ánimo, depresión, ansiedad, evitación, fobias, estrés postraumático y en algunos casos duelos patológicos.

(M) ¿Cree que, si estas personas recibieran la noticia por personal cualificado, mejoraría su desarrollo del duelo?

(P): El duelo hay que pasarlo de todos modos, pero al menos si estas personas reciben una atención temprana y adecuada puede que se amortigüe el golpe, el acompañarles, el saber cómo darles una noticia, el cuándo, el lugar, no se les olvidara jamás.

(M): Legalmente, ¿qué derechos tenemos?, ¿están las personas realmente informadas sobre qué derechos tienen.?

Respons.dpto. legal (DL): Nosotros desde la Asociación, informamos y asesoramos tanto a personas que han sufrido un accidente como a los familiares. La mayoría están totalmente desbordados por la situación y no saben cómo actuar, ya sea con seguros, indemnizaciones, tramites de defunción.

En España, tenemos una Ley de Sanidad que es la que nos garantiza una sanidad, pero en la que no se especifica cuáles son los medios mínimos para determinadas situaciones como esta, así mismo tenemos derecho a la información, por el que debemos ser informados.

(M): ¿Que podéis aportar como asociación?

(G) A través de la asociación y de Fundtrafic (fundación de apoyo a la asociación),(58) realizamos prevención de riesgos y seguridad vial; trabajamos la responsabilidad social y corporativa; colaboramos con hospitales; tenemos programas específicos para niños como: Alguien muy especial ha tenido una accidente, kids trafic: seguridad vial, atención a víctimas...; Care trafic: programa de ayuda a empresas para apoyar a sus empleados frente a situaciones difíciles como enfermedad, fallecimientos...; programas de inclusión laboral para personas con discapacidad (PIL), etc....

(M): Muchísimas gracias por vuestro tiempo y por vuestras aportaciones, y sobre todo por esa gran labor social y humana que hacéis a tantas personas.

(G, P, DS, DL.) Gracias a ti por escucharnos y por darnos la oportunidad de poder expresar nuestro trabajo, estamos aquí siempre que lo necesites.

4.1.2. Terapias de Grupo. (59)

Las siguientes terapias de grupo descrita se desarrollaron en el Instituto psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid). Gracias a la colaboración de este Hospital psiquiátrico, así como de la enfermera que dirige estas terapias.

4.1.2.1. Introducción.

El Instituto Psiquiátrico José Germain, fue inaugurado en 1851 durante el reinado de Isabel II como “La casa de Dementes Santa Isabel” de Leganés.

A partir de 1931, y gracias a la aprobación de un Decreto, se transforman las instituciones psiquiátricas, a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y La Liga de Higiene Mental. José Germain, secretario del Consejo Superior Psiquiátrico y desde la Dirección Gral. de Sanidad lleva a cabo acciones situando a la psiquiatría española en un escenario internacional.

En 1986, tras la reforma de la sanidad, empieza un proceso de cambio en la salud Mental, incorporándose el Hospital Psiquiátrico en la Comunidad de Madrid. A partir de 1991 pasa a ser Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain con prestaciones ambulatorias, hospitalización, internamiento, urgencias, programas residenciales y de rehabilitación, apoyo comunitario..., dando cobertura de salud mental a las Áreas Sanitarias antiguas 8-9 y 10 de la Comunidad de Madrid, que atienden aproximadamente a 1.300.000 personas.

- Misión: Organización pública sanitaria, para la asistencia integral de trastornos mentales y grupos de riesgo, mediante intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia científica, así como programas de rehabilitación y prevención.
- Visión: Modelo de referencia en la atención de trastornos mentales y grupos de riesgo a través de los resultados obtenidos en atención de salud integral, calidad, gestión de riesgos sanitarios y niveles de satisfacción de los grupos de interés.
- Valores: Razón de la organización: usuario y familia, con valores como: excelencia, compromiso, innovación y proactividad.

El Instituto psiquiátrico está formado por una red de servicios: Centro de Salud Mental, Unidades Hospitalarias de Rehabilitación y tratamiento, Hospital de Día Adultos e Infantil, Unidad cuidados Psiquiatría prolongados, Centro Ambulatorio de

Además, presta docencia de postgrado a médicos especialistas en Psiquiatría, Psicología Clínica y enfermería especializada en salud mental, así como convenios con distintas universidades para la docencia pregrado.

4.1.2.2. Entrevista.

La siguiente entrevista fue llevada a cabo en el Centro de Salud Mental el día 29 de mayo de 2017, con la enfermera que dirige los grupos de terapia, a continuación, asistí durante los días 29,30 de mayo y 01 de junio como observadora externa a tres de los grupos de terapia que se imparten en el centro. Los diálogos expuestos no son transcripciones reales, han sido modificados para respetar el derecho a la intimidad de las personas que forman estos grupos.

(M): Buenos días, en primer lugar, agradecerte tu tiempo y tu disposición. Como ya te comenté anteriormente el motivo de esta entrevista es documentar para mi trabajo fin de grado en qué consisten los grupos de terapia y como se llevan a cabo. En concreto los grupos relacionados con el duelo. ¿En qué consisten las terapias de duelo?

Enfermera (E): Buenos días, y gracias a ti es un placer poder ayudarte. A mí me gusta llamarlos más que terapias de grupo, o terapias de duelo, "Terapia de autoayuda", el nombre es importante para las personas que vienen a estos grupos, para que no se sientan clasificadas ni encasilladas.

Estos grupos de autoayuda son grupos de personas que están en duelo por diferentes motivos. No solo se entiende por duelo, la pérdida de un familiar sino también duelo por la pérdida de un trabajo, un divorcio..., es decir, todo aquello que implica pérdida y no seamos capaces de asumirlo.

(M): ¿Quién forma estos grupos?

(E): Estos pacientes son derivados por el psiquiatra o psicólogo que los atiende. Cada cierto tiempo tengo una reunión con los mismos para ver que personas derivamos a los grupos y en que grupo les integramos. En ocasiones el psicólogo o psiquiatra me llama para que suba a la consulta y conozca al paciente, eso les ayuda a que vengan al grupo, la mayoría son reacios a contar sus intimidades en grupo y el hecho de conocerme antes, hace que sientan que les conoces, que sabes que es lo que les pasa. Siempre los pacientes son citados primero conmigo, antes de ir a los grupos.

(M): ¿En qué se diferencian los grupos, de que depende que una persona vaya a un grupo u otro?

(E): Normalmente suelo hacer estos grupos con el psicólogo en función del tipo de persona. No hacemos grupos por situaciones, es decir, no hay un grupo solamente de duelo por

divorcios o por violencia de genero...Solamente hay un grupo exclusivamente de duelo por perdida de familiares, es un grupo de personas con duelos complicados normalmente por perdida de hijos, el resto de los grupos, incluidos otros duelos de perdida de familiares, se hacen en función de la edad, de personalidades similares o incluso a veces juntamos a personas que sabemos que por sus diferencias en su personalidad pueden ayudarse unas a otras.

(M): Pero ¿no les molesta o afecta el hecho de que se compare el duelo de un ser querido con la pérdida de un trabajo.?

(E): No, tiene porque, ya verás cuando entres en los grupos, como algunos, no muchos a pesar de llevar meses en la terapia aún no han contado porque están allí. Hay personas que nada más llegar cuentan porque están allí, otras lo cuentan o lo largo de las sesiones y otros, los menos, nunca lo cuentan a sus compañeros. El fin de estos grupos es que se apoyen unos a otros, vuelcan sus sentimientos hacia los demás, cuentan cómo se sienten y eso hace que se sientan comprendidos e identificados con otros.

(M): ¿Son efectivos estos grupos?, ¿las personas consiguen superar sus duelos.?

(E): Depende mucho de la persona y del grupo. Hay situaciones como los duelos por familiares, que nunca se superan, pero aprenden a vivir con ello. Aprenden a llevar el dolor de otra manera, y sobre todo a saber que no están solos que hay muchas personas como ellos y que pueden compartirlo. El hecho de saber que hay más personas que están pasando lo mismo que ellos, les ayuda. Se sienten comprendidos porque pasan por similares situaciones.

(M): ¿Como diriges estos grupos? ¿Hay un protocolo preestablecido?, ¿les das consejos.?

(E): No hay un protocolo como tal, cada grupo es diferente. Estos grupos deben llevarse con mucha cautela, intentas llevarles a un objetivo de manera sutil, encauzando el grupo y dirigiéndolo sin parecer que lo hagas. Se trata de que abran sus sentimientos, en ningún momento se les dice cómo deben comportarse, ni se les da consejos. Sus preguntas son respondidas por ellos mismos, por ejemplo. Si te pregunta ¿qué debo hacer?, la respuesta es, ¿qué quieres tu hacer? Necesitan que se les escuche, es fundamental devolverles lo que están contando. Resumes lo que te cuentan y lo devuelves al grupo.

(M): Entiendo por lo que cuentas, que pueden surgir grandes amistades, a través de estos grupos.

(E): Si, es curioso porque la mayoría comentan como son capaces de contar su vida a alguien que no conocen de nada, pero como luego no son capaces de contarlo a sus familias y amigos. Surgen buenas amistades porque se comprenden y comparten, pero por otro lado cuando esa amistad traspasa estos muros, solemos separar al grupo y hacer uno nuevo, porque si no, no avanzan, se unen a una persona y no aportan nada al grupo ni a ellos mismos.

(M): Muchas gracias por compartir tu opinión e infórmame de como son y en qué consisten.

(E): Gracias a ti. No obstante, la mejor manera es verlo. Ahora cuando entres en lo grupos como observadora te darás cuenta de lo diferentes que son.

Los grupos a los que entro como observadora, soy presentada como enfermera, la enfermera que dirige los grupos les indica que voy a estar ese día para ver como es el grupo, como invitada. Son tres grupos uno cada día. En cada grupo además de los pacientes están presentes: la enfermera que dirige los grupos y dos EIR (enfermera interna residente) de salud mental.

Martes, 29: Primer grupo.

Grupo de 20 personas. Sala con mesa redonda, donde cada paciente toma asiento según van llegando, y se van situando a continuación de donde estamos sentadas las enfermeras. El grupo está formado por hombres y mujeres de mediana edad, aproximadamente 50 años. En concreto en este grupo son 3 hombres y 17 mujeres.

El grupo comienza saludándose y contando que tal han pasado el fin de semana. La enfermera le pregunta a una de las pacientes...

(E): ¿qué tal estas de tu resfriado.?

(la paciente hace un gesto con la cabeza)

Paciente 1 mujer (P1): Si solo fuera el constipado....

(cada vez que habla un paciente, la enfermera me hace un pequeño resumen de su historia en voz baja, solo lo oigo yo: esta mujer de aproximadamente 50 años se ha quedado viuda hace 6 meses, su marido falleció de cáncer; además cuida a sus padres de 80 años.)

Paciente 2 mujer (P2): Si solo fuera eso no estarías aquí...

(se ríen todos)

(E): ¿Ha pasado algo este fin de semana?

(P1): No, más de lo mismo.

(E): ¿Qué es más de lo mismo?

(P1): Pues ya sabéis...lo de siempre, cuidando a mis padres, que cada día están peor, mi padre que cada vez se le va más la cabeza y me insulta, mi madre que no se entera de nada, y el único rato que puedo descansar algo, al cementerio.

Paciente 3 hombre (P3): Si es que eres demasiado buena. Dile que, si te insulta, le mandar a una residencia, ¡a ver quién le aguanta.!

(P1): (comienza a llorar) Es que no lo entendéis, no puedo más y encima siempre con insultos, pero es que son mis padres y tengo que cuidarlos.

(E): Bueno, pero esto ya lo hemos hablado otras veces. Sabes que te insulta porque no está bien, por su enfermedad. Y lo de cuidarlos está bien pero también deberías pensar en ti, ¿cómo te sientes? ¿Como crees que podrías encontrarte mejor?

(P1) No lo sé..., es que me siento mal porque no puedo más, pero yo los quiero, pero es que estoy agotada. Y ya sé que me decís que me cuide, pero como lo hago ¿eh?, estoy muy cansada y luego esta lo del cementerio.

(E): Al cementerio, ¿sigues yendo todos los días.?

(P1): ¡Pero como no voy a ir!, sino hace ni siquiera un año, tengo que ir, hablar con él, contarle mis cosas...

Paciente 4 mujer (P4): Pues yo, ya no voy todos los días. Aquí dijimos de probar a ir días alternos, y lo estoy haciendo, y la verdad no pasa nada, bueno me siento mal pero no voy tanto y tengo más tiempo.

(esta mujer de 45 años ha perdido a su padre de 75 años, le adoraba, le idealizaba, con su madre tiene una relación complicada, poco afectiva, esta tenía celos de su hija.)

(P1) No es lo mismo.

(E): ¿Por qué no es lo mismo?

(P1): Pues porque no, ella tiene a su marido, puede contarle sus cosas, tiene a su hija... además solo hace 6 meses.

(P4): ¿Mi hija?, ya sabes que solo tiene ojitos para su padre, todo el día hablando de él, ¿y yo?, menos mal que venimos aquí porque si no quien me escucha, a ver, venga decirme, ¿Quién me escucha?

(E): No tienes buena relación con tu hija, lo has contado varias veces, pero es lo mismo que a ti te pasaba con tu madre.

(P4): ¿Lo mismo? Yo, ¿celos?, no, pero es que solo quiere a su padre. Encima me dice que parezco una niña pequeña, que me enfado y que lo pago con ella, ¿tú te crees?, con lo que yo he luchado, con lo que he hecho por ella, y ahora....

(E): Ahora ¿Qué?, ¿crees que puede tener razón, que es infantil tu comportamiento?, ¿te comportas como lo hacía tu madre contigo.?

(P2): Yo creo, que sí, que te pasa como le pasaba a tu madre, pero no pasa nada es normal que tengas celos. Ahora no está tu padre, y te sientes mal.

(P4): Pues no lo había pensado así.... No se... igual tenéis razón, pero es que es tan duro todo....

La terapia transcurre más o menos entorno a estas dos mujeres, algunos intervienen y dan su opinión, otros no dicen nada y asienten con la cabeza, la enfermera continuamente les devuelve sus preguntas, ¿Qué piensas que deberías hacer? ¿Por qué crees que te sientes así?, ¿Cómo crees que te podemos ayudar?

Son un grupo muy unido, se apoyan unos a otros, algunos son amigos fuera, los que más tiempo llevan tiran del resto, se comprenden, se apoyan.

Miércoles, 30: Segundo grupo.

Este grupo es algo más mayor, la mayoría son mayores de 60 años, en su forma de saludarse, parecen algo más distantes, no parecen tan unidos como el grupo anterior.

De repente cuando aún están entrando, algunos todavía están saludándose, una mujer de unos 70 años comienza a hablar:

Paciente 1, mujer (P1): (se dirige a otra paciente) He visto a tu marido, ¿te ha traído, ¿no?, que suerte tienes. Yo no puedo ir con él a ningún sitio, no vamos nunca juntos, no hablamos. Es que... no habla, no dice nada, y cuando lo dice me menosprecia, me insulta, me.....

Paciente 2, hombre (P2): Buenos, pero no te pega, ¿no?

(P1): ¡¡Uy!! Que no me pega. ¡ME EMPUJA! Ya sabéis que fue a raíz de jubilarse y ahora me echa la culpa de todo, no dormimos juntos, me dice que estoy loca, que me invento cosas... (solloza, y da la sensación de una actitud rara, es como si tratase de llamar la atención, de dar pena, quiere que todo gire alrededor de ella y que todos la atiendan y la ayuden.)

(P2): Pues haz como las pelis, envenénale con la comida, jaja.

(P1): Pues en una ocasión, estuvo ingresado, le operaron y una enfermera me lo dijo. Que le envenenara me explico cómo hacerlo.

(E): Bueno, pero eso que dice es muy serio. Tu hijo es policía, has hablado con él, ¿sabe lo que estas pasando.?

(P1): Mi hijo ha hablado con él, y le ha dicho que no me hable así, que no está bien. Pero le dice que me lo invento que no es verdad.

Paciente 3, hombre(P3): Hay que saber valorar a las personas, yo se mejor que nadie lo que es infravalorar a alguien, y eso no se puede consentir.

(varón 55 años, ludópata, dice que, durante 19 años de matrimonio, hizo creer a todo el mundo que el problema era su mujer, era un manipulador, la infravaloraba, la maltrataba psicológicamente.)

(E): (se dirige hacia otra paciente) ¿Y tú?, ¿Cómo estas hoy?, nos ha dicho nada, ¿quieres comentar algo.?

Paciente 4, mujer(P4): No

(E): ¿No quieres hablar? ¿no te apetece?

(P4): (se le caen lagrimas) No, hoy no quiero hablar, prefiero escuchar.

(mujer de 61 años, perdió a su hija de 36 años hace 3 meses en un accidente de tráfico.)

(E): Vale, en el caso de que quieras hablar, me lo dices, ¿de acuerdo.?

(se dirige a otro paciente) Y tú, ¿cómo vas esta semana, vistas a tu hija el fin de semana.?

(P1): (vuelve a hablar esta paciente, aunque no se ha dirigido a ella.) Yo necesito que me digáis que hacer, porque estoy fatal y no puedo seguir así. Y es que no os dais cuenta, no sabéis la que tengo encima, lo que yo le aguanto a ese hombre. (mira a la paciente 4), yo...yo tampoco quiero hablar porque estoy fatal...Y luego, me hijo que no hace nada, ¡pues es policía!, ya podía hacer algo, cualquier día me veis en el telediario. (mira a la enfermera), vamos dime, ¿Qué tengo que hacer?, tu deberías saberlo ¿no?...?

(E): ¿Qué crees tú que deberías hacer?; ¿Qué me dirías si yo te preguntara??

(P1): Pues eso digo yo, no lo sé.

(E): Bueno no lo sabes, pero si sabrás que es lo que te gustaría, ¿Cómo te gustaría que fuera tu vida?

(P1) Pues como era antes de que se jubilase, que no es que mi marido hablara mucho porque nunca lo ha hecho, pero al menos hacia algo, no estaba todo el día en casa.

(E): ¿Has hablado con él? Seguramente él también lo esté pasando mal, hay personas que llevan muy mal la jubilación, ¿Qué te parecería hablarlo con él?

(P1): Lo he intentado todo, pero es que no quiere hablar, dice que no le pasa nada, que me lo invento todo, que estoy loca.

(E): Antes has comentado que nunca ha sido de hablar mucho, si además ahora está un poco deprimido puede que esté más reacio a hablar.

(P2): Dile que te lleve a algún sitio de vacaciones, igual es lo que necesitáis, menos hablar y más.... (se ríe)

(P1): Si me va a sacar, no viene ni a andar, como para sacarme, si ni siquiera me mira.!!

La terapia prácticamente gira en torno a esta mujer, la enfermera trata en varias ocasiones de hacer partícipe a otras personas para desviar la atención y que el resto participe, pero vuelve una y otra vez a lo mismo. Los pacientes tienen que aprender cuando deben hablar.

Jueves 31, Tercer grupo.

Antes de entrar la enfermera me cuenta un poco sobre este grupo ya que es bastante especial. Este grupo es variado en cuanto a edad, desde los 40 hasta los 50 aproximadamente. Es un grupo violento, mucha ira entre ellos y con el mundo en general.

No están para nada unidos, da la sensación en cada sesión, como si fuera una lucha, para ver quién gana a quien, quien está peor.

La semana pasada la enfermera no pudo estar en la terapia, y la dirigió una de las EIR, lleva con ellos desde septiembre y conoce bien al grupo, así como ellos la conocen. Cuando llevaban aproximadamente la mitad de la terapia comenzaron a discutir entre los pacientes, y al intervenir la EIR, comenzaron a faltarla el respeto, y a menospreciarla. La EIR, consciente de que intentaban intimidarla, controló la situación poniéndose bastante seria con ellos y haciéndolos entrar en razón, por lo que sabiendo como son la enfermera intuye que estarán con rencor y con ganas de discutir de nuevo.

(E): Buenos días a todos. Que tal la semana pasada, ¿cómo estuvisteis.?

Paciente 1, mujer (P1): Ya te habrá contando tu enfermerita... ¿no te ha dicho que fue muy mala con nosotros...? ¿Qué se enfadó?

(E): Sabes cuál es su nombre, así que te puedes dirigir a ella por su nombre. Tengo plena confianza en ella y sé que actuó como debía.

(P1): Si hombre, si, si no es tan mala, si era una broma.

Paciente 2, mujer (P2): Yo, (dirigiéndose a la enfermera), si me lo permites me gustaría empezar hoy la primera, es que tengo prisa porque mi hija viene a dejarme a mi nieto, y no me puedo quedar, he venido solo para despedirme.

(mujer de 55 años, divorciada desde hace 1 año, tiene sentimientos ambiguos respecto a su exmarido, durante años fue mujer maltratada pero aun así dice tener nostalgia de los momentos buenos, no consigue superar el pasado ni aceptar su presente actual.)

(E): Muy bien, pues genial, ¿no?, con tu nieto. Pues nada cuéntanos, ¿Cómo estás?

(P2): Pues muy bien, estoy estupenda. Además, hoy con mi nieto, que me da vida cada día. La verdad es que estoy feliz, la vida es maravillosa y a que aprender a ver todo lo que tenemos, no me pienso parar en ponerme mal ni triste, viene el verano y a disfrutar y a vivir la vida, aprovechar el momento, salir...

Paciente 3, mujer (P3): (divorciada después de 30 años de matrimonio, 20 de ellos con maltratos.) Que bien verte a si de animada, ojalá todos pudiéramos estar como tú.

(E): ¿Te gustaría estar como ella?

(P3): Hombre pues sí, se la ve feliz, y me da alegría por ella, pero me veo como estoy yo y...bueno pues no me gusta, sé que no estoy bien, pero es que he pasado mucho...

(P2): Bueno pero el pasado, pasado es, ahora toca recuperarse y estar bien, así que, lo dicho disfrutar del verano, que esta que tenéis aquí, se va de vacaciones.

(P3): Como si fuera fácil, es que yo lo he pasado muy mal, y no puedo hacer como que no ha pasado. Tu exmarido ya no está, pero el mío sí, y tengo miedo de que algún día vuelva, de que pueda....

(P2): ¡A ver que lo mío no fue un camino de rosas! Pero intento quedarme con lo bueno.

(P3): ¿Con lo bueno? Nada era bueno con mi marido, ni lo será nunca, se ha alquilado un piso en misma calle, le veo todos los días, ¿crees que eso es bueno.?

(P2): Te recuerdo que yo también sufrí malos tratos, durante muchos años, pero los primeros años, era maravilloso, me quería, me respetaba, todo era estupendo, hasta que cambio.

(P3): Ya, es que yo no recuerdo ningún momento bueno, y te juro que lo intento, pero no lo recuerdo.

(P2): Pues yo sí, (se emociona), y le echo de menos. Me alegre el día que falleció, pero luego me acuerdo de lo bueno, y se me olvida todo lo malo, éramos felices y ...pero bueno que da igual, que yo ahora soy otra y que hay que seguir, y que me marchó, (se acerca a P3, la abraza y la da dos besos.), hazme caso intenta acordarte de lo bueno, ya verás cómo vas mejor.

Bueno (se dirige a la enfermera la da dos besos y después al resto de pacientes les dice adiós con la mano), así que me marchó, nos vemos después del verano, mil gracias y buen verano a todos.

(E): Pásalo bien, y volvemos con el grupo la primera semana de septiembre.

Paciente 4, mujer (P4): (mujer de 50 años. Divorcio y duelo. Perdió a su hijo hace 3 meses por un cáncer, no perdona a su marido su frialdad. Se caso muy joven, tuvo 3 hijos, durante años sufrió malos tratos, pero sus padres le decían que aguantara, que era normal.)

Es increíble, que falta de respeto y de educación, y los demás ¿Qué?, ¿nos dice adiós con la mano?

Paciente 5, hombre (P5): Es una maleducada, o das besos a todo el mundo o no se los des a nadie, pero lo que ha hecho está muy feo.

(casi todos están molestos, mantienen una actitud prácticamente infantil.)

(P4): Y encima te dice (se dirige a la otra paciente P3), que te quedes ¿con lo bueno?, yo alucino. Como mis padres, ¿no?, que aguantara, ¡que era normal!, ¿normal?, que me pegara, que me humillara...

(está muy enfadada, es su actitud, desprende ira hacia todos.)

(E): El principio de la relación, ¿tampoco fue bueno?, ¿no hubo ningún momento que puedas recordar.?

(P4): ¡Vamos a ver!! Que no hay nada bueno que lo borro todo lo malo. (se quita las lágrimas de la cara, con rabia.) ¿Bueno? ¡Cuando me agarró del cuello, que casi me ahoga!! ¡Tiene una orden de alejamiento, y se ha ido a vivir a la calle de detrás de mí!

(parece haber tenido otra relación toxica, después de su divorcio.)

(E): ¿Y con tu pareja de después?? ¿No fue bien??

(P4): No, no lo fue, pero en comparación con mi marido, pero pareció hasta buena.

(constantemente interviene una mujer de unos 45 años, (P5) pregunta todo el tiempo a los demás, pero sobre todo a un hombre que tiene enfrente, le pregunta constantemente por su depresión, quiere saber que le pasa, porque esta así. Es excesivamente intimidante, muy insistente preguntando a esta persona, ignora por completo la historia que está contando la paciente P4, es como si no lo escuchara. La enfermera trata en varias ocasiones, desviar su atención, preguntando a una mujer de unos 30 años, que es nueva en el grupo, pero esta paciente sigue, sin importarle lo que los demás hablen. Después de cada pregunta, cuenta parte de su historia.)

Paciente 5, mujer (P5): Entonces, (se dirige al paciente que está pasando la depresión.), ¿no sabes porque estas deprimido.? Pues veras, yo, soy bipolar. Sí, bipolar, exactamente enferma bipolar grado 2. He estado ingresada muchas veces, con medicación, intentos de suicidio....

(E): Bueno pero ahora ¿estas mejor.? El ultimo día nos comentaste que ibas a pasar por tribunal médico, y....

(P5): (se enfada.) ¡Tribunal!! Esos cabrones, me han dado la invalidez absoluta, ¡a mí!, ¿eh?, como narices voy a seguir adelante si no puedo hacer nada, yo quiero trabajar, estoy estudiando para ser coaching.

Paciente 6, hombre (P6): (con voz muy baja, sin mirar a nadie, cabizbajo.) Yo también soy bipolar 2, y no puedo trabajar de lo mío, pero sí de otras cosas.

(este paciente tiene 65 años, depresión, es de una complexión enorme, endomorfo.)

Paciente 7, hombre (P7): Ya podía echarle un cable a P4, si te ve el exmarido no vuelve a aparecer. (se ríen todos, una vez más, otro paciente cambia de conversación, sin importarle lo que se esté hablando.)

(P6): Si quiere.... a mí no me importa, cuando quieras (se dirige a P4), te acompaño, a ver si se acerca. Yo ante de que me den, doy, con la mano abierta, no pregunto...

(dice a ver sufrido bullying en su infancia, debido a su tamaño, así que decidió que había que pegar sin preguntar.)

Paciente 8, mujer (P8): (mujer de 50 años, depresión. Interviene de vez en cuando, está prácticamente dormida sobre la mesa, la enfermera me comenta que suele venir bajo los efectos del alcohol.) Pues pégale, al marido de esta, a ver, ¿cuántas veces has pegado. ?, cuéntanoslo, pero me refiero a pegar bien....

El grupo continua, durante toda la hora, con la misma actitud, no respetan los turnos de palabra, y no solo eso, sino que les da igual lo que cuente el otro. Pocos siguen la conversación del anterior, se enfrentan entre ellos, incluso hacia las enfermeras. Es un grupo con mucha ira, tienen actitudes violentas en sus maneras de expresarse, son conflictivos, y tienen poca o ninguna disposición al cambio. La enfermera intenta, en la medida de lo posible dirigir al grupo a su objetivo, pero es muy difícil.

Todos los lunes, la enfermera se reúne con los psicólogos y psiquiatras, y comentan como van los grupos, se suele hablar de pacientes concretos, que por su patología o por su actitud se consideran de manera más específica. El mayor problema, es que saben que determinados pacientes, no son adecuados para ningún grupo, y pueden hacer que los demás se cohíban, se molesten o incluso dejen de hablar en las terapias. La enfermera me comenta que han tenido algún caso, de pacientes que tienen que sacarles de los grupos y no pueden ponerles en ninguno ya que perjudican seriamente al resto, aunque se intenta no excluir a ningún paciente.

Según la enfermera, cada grupo es diferente, no se puede generalizar, pero en su opinión los grupos son muy efectivos. En cada grupo hay personas que les ayuda, y gracias a estas

terapias, superan su patología; y otras que, a pesar del grupo, de las sesiones con su psiquiatra y de la medicación, no consiguen mejorar o lo hacen muy levemente.

En el caso concreto de duelo por fallecimiento de un ser querido, la enfermera me comenta, que depende mucho de la persona, de su personalidad y fundamentalmente de la relación que tuvieran con el ser querido. Normalmente los casos de fallecimiento de hijos suelen ser los más difíciles. En el caso concreto de los accidentes de tráfico o muertes muy traumáticas, el proceso de duelo suele ser más largo y difícil.

4.1.3. Guardia Civil, agrupación de tráfico.

La siguiente entrevista mantenida, fue realizada gracias a la colaboración de la Agrupación de tráfico de la Guardia Civil de Leganés.

4.1.3.1. Introducción.

Guardia Civil, Cuerpo de Seguridad Pública de origen militar, forma parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y es de ámbito nacional.

- Misión: Vigilancia, regulación, auxilio y control del transporte y del tráfico, además de garantizar la seguridad, en vías interurbanas, de la circulación.
- Organización, estructura: El órgano central de la Agrupación de Tráfico está compuesto por: Jefatura de operaciones, Recursos Humanos, Recursos Materiales y Escuela de Tráfico.
- Despliegue territorial: A excepción de Cataluña y País Vasco cuyas competencias en tráfico están transferidas a las CC. AA, existen diferentes escalones:
 - Sector: Inspección y coordinación de servicios de una o más CC.AA.
 - Subsector: Planificación, coordinación y ejecución de servicios provinciales.
 - Destacamento: Servicio en una parte provincial de la red viaria.

4.1.3.2. Entrevista.

La siguiente entrevista fue llevada a cabo el día 26 de febrero de 2018, gracias a la colaboración de un agente de la Guardia Civil, cuya función es la Investigación de Accidentes de Tráfico.

Como en ocasiones anteriores tuve un primer contacto telefónico en el que le comenté el motivo de la entrevista, debido al TFG que estoy realizando.

Mercedes (M): Buenos días, en primer lugar, agradecerle su tiempo, y poder concederme esta entrevista.

Agente de la Guardia Civil, (GC): No hay de que, es un placer poder colaborar.

(M): Como ya le comenté por teléfono, el motivo de la entrevista es saber cuál es el papel que desempeña exactamente la Guardia Civil, con respecto a comunicación de noticias a familiares de víctimas cuando se produce un accidente de tráfico.

(GC): Hoy por hoy, se podría decir que el papel es fundamental, es decir, somos nosotros los que comunicamos a los familiares el fallecimiento de una persona cuando se produce un accidente de tráfico.

(M): En qué casos es la Guardia Civil la que comunica esta noticia a la familia de la víctima.?

(GC): La competencia de tráfico en núcleos urbanos es competencia de la Policía Municipal, exceptuando las comunidades autónomas en las que hay competencias delegadas como en País Vasco (Ertzaintza), Navarra (Policía Foral), y Cataluña (Mossos d'esquadra.) El resto de las vías interurbanas es competencia de la Guardia Civil.

(M): ¿Cuál es su manera de proceder, como se produce ese contacto?

(GC): Cuando se produce un accidente de tráfico, recibimos el aviso de la central, la mayoría de las veces somos los primeros en llegar y no sabemos lo que nos vamos a encontrar. Muchas veces llaman personas que han visto un accidente, otras veces son personas que han parado a ayudar o incluso muchas veces llama alguna de las personas implicadas en el propio accidente.

Según nuestro protocolo de actuación primero aseguramos la zona, y a continuación vemos si hay heridos, víctimas... en el caso de que así sea se procede a avisar a los medios sanitarios, bomberos... En el caso de que haya víctimas, se intenta identificar cuanto antes a los mismos, mediante documentación que pueda llevar el mismo, a través de la matrícula del coche...

En ocasiones hay familiares de las víctimas que iban en el mismo vehículo, normalmente estas personas suelen ser atendidas por sanitarios, pero en muchas ocasiones están con nosotros hasta la llegada de estos, otras veces las familias se trasladan al lugar del accidente, y allí mismo hay que darles la noticia. Exceptuando estos casos, lo más normal es que vayamos al domicilio de la víctima o de su familiar para darles la noticia. Lo ideal es ir en persona, pero no siempre es así, a veces llamamos por teléfono.

(M): ¿Se le dice por teléfono, que ha fallecido su familiar?

(GC): Pues depende, se intenta que sea en persona, pero a veces no es posible ya sea porque el accidente se ha producido en otra CCAA diferente a donde vive su familia, aunque aun así se intenta que se acerque la Guardia Civil de la zona o porque muchas veces son los propios familiares los que llaman. Para nosotros es un momento muy complicado, a veces llamamos de madrugada a un domicilio, lo primero es identificarnos, en cuanto les decimos que llamamos de la Guardia Civil de Tráfico y si son familiares de la persona XXXXX, automáticamente ya saben que algo no va bien, saben que no son buenas noticias. Les comunicamos que su familiar iba por la carretera XXX y que se ha producido un accidente de tráfico en el que se ha visto implicado. Aunque suene un poco mal decirlo, pero para nosotros es un alivio cuando directamente te pregunta, ¿pero... ha muerto. ?, en ese momento es como quitarte un peso de encima, porque lo han dicho ellos, y es como que te ayuda a decirlo, no podemos mentirles. Entonces les dices, siento tener que comunicarle esto, los servicios sanitarios han hecho todo lo que han podido, pero XXXX lamentablemente ha fallecido.

(M): ¿Os preparan en la academia, para estas situaciones?

(GC): La realidad es que no de forma específica. Al principio en la formación que nos dan en la academia, se habla sobre como comunicar malas noticias, duelo, psicología de tráfico... pero creo recordar que en total será a la mejor 4-5 horas. Nuestra formación sobre tráfico no se centra en esto, digamos que es algo que se toca en la formación, pero muy de pasada.

(M): ¿Cree que es suficiente la formación que reciben, teniendo en cuenta que en la gran mayoría de los casos son ustedes los que dan la noticia a los familiares?

(GC): La formación nunca es suficiente. De hecho, cada 5 años tenemos un reciclaje de tráfico, así como perfeccionamiento, pero prácticamente no se toca el tema de la psicología con respecto a comunicación de malas noticias.

(M): ¿Reciben algún tipo de ayuda psicológica, por la carga que supone estar continuamente enfrentados a estas situaciones?

(GC): No, no hay una ayuda como tal. Normalmente procuramos comentarlo con los compañeros, compartir lo que hemos vivido ese día, ayuda bastante.

(M): ¿Cree que están cualificados para dar noticias de este tipo?

(GC): Cualificado como tal no, pero es parte de nuestro día a día, lo tenemos asumido como parte de nuestro trabajo, pero evidentemente es la parte más desagradable del mismo. Hay situaciones a las que nunca te acostumbras.

(M): No cree, que ¿debería ser personal cualificado, como psicólogos los que debería dar esta noticia.?

(GC): Como le he dicho anteriormente, es parte de nuestro trabajo, es lo que hay independientemente de que pueda o no tener mi opinión, pero sin duda, sería muy conveniente que así fuera.

(M): ¿Hay algún caso que recuerde especialmente?

(GC): Son muchos los casos que se te quedan grabados, especialmente cuando fallecen niños. Pero sí que recuerdo una situación en la nos vimos realmente superados. Fuimos a un aviso y el compañero que estaba regulando los accesos al accidente nos dio las buenas noches y nos indicó como acceder al accidente, era un compañero de nuestro mismo cuartel. Cuando accedimos al accidente y nos pusimos a comprobar la matricula del conductor, datos y demás, nos dimos cuenta de que era el hijo del compañero que nos había saludado y que estaba regulando los accesos. Fue un momento muy duro y muy complicado, al final nuestro superior se trasladó al lugar del accidente y fue quien se lo comunico.

Fue una fatal casualidad, pero los accidentes ocurren y todos estamos expuestos a ello.

(M): ¿Qué piensa, cuando se dice que la Guardia Civil tiene una actitud poco cercana, incluso deshumanizada en determinadas situaciones?

(GC): Pues imagino que opiniones habrá de todo tipo, evidentemente sé que no somos un cuerpo especialmente querido por la mayoría de los conductores, en cuanto a que somos quien sancionamos, cuando realizan acciones indebidas, pero también sé que hay gente que valora nuestro trabajo, y me quedo con esas personas, que días incluso meses después de que les diéramos una noticia tan terrible, vienen a agradecernos el cómo les acompañamos.

(M): Muchísimas gracias por su colaboración, en mi opinión le diré que creo que realizan una labor fundamental de la que todos deberíamos ser conscientes.

(GC): Gracias, ha sido un placer poder colaborar.

4.2. Conclusiones.

4.2.1. Conclusiones comunes en los diferentes organismos entrevistados.

- Fases del duelo.

No solo por la evidencia científica, sino por la propia experiencia de cada una de las personas entrevistadas en sus diferentes áreas, coinciden en las diferentes etapas por las que pasa una persona en duelo. Desde negación, ira, depresión..., aunque cada uno dentro de su especialidad las aprecie en diferente orden, no todas las personas viven las etapas del duelo en el mismo orden, no está preestablecido.

- Dificultades.

Dificultad personal de cada uno de los entrevistados, debido a la carga emocional que implica un suceso de estas características. Independientemente de la formación de cada uno de ellos o de su experiencia, siempre cada caso supone un reto personal en confrontación con sus sentimientos.

- Falta de recursos.

Faltan recursos en general, desde personal cualificado que, de la noticia, la Guardia Civil reconoce, que no reciben formación suficiente al respecto, a personal sanitario (enfermeras) que puedan llevar los diferentes grupos de terapia, falta de compromiso por parte de la administración con respecto a las asociaciones de víctimas...

- Falta de protocolos.

La ausencia de protocolos específicos con las víctimas conlleva a que estas se sientan desatendidas, desamparadas. Así como causa un sentimiento similar en los profesionales entrevistados al no tener un protocolo para este tipo de casos. Todos los protocolos existentes son similares, pero ninguno específico.

- Las pocas medidas que existen son demasiado heterogéneas. Se precisa de protocolos específicos para este tipo de casos, pero con diversidad, es decir heterogeneidad respecto al tipo de personas no al proceso por el que están pasando.

- Impacto de la noticia.

Tanto las personas entrevistadas en sus diferentes ámbitos profesionales, como los pacientes que acuden a la terapia coinciden, en que el momento más traumático es la comunicación de la noticia. Además del hecho en sí de la misma, el modo en el que se da la noticia agrava en la mayoría de los casos los sentimientos de los familiares.

- Personal cualificado o al menos formado.

Lo ideal sería personal cualificado que, de este tipo de noticias, un psicólogo de guardia, pero si no puede ser por falta de recursos, se debe formar a las personas que atienden en estos primeros momentos a los familiares de víctimas.

- Acostumbrarse.

La Guardia Civil dice que, aunque es parte de su trabajo diario, cuesta acostumbrarse, “hay personas que se te quedan grabadas y no olvidas nunca, sobre todo cuando son niños”.

Las asociaciones a pesar de recibir casos de todo tipo respecto a diversidad de accidentes, “son personas las que recibimos cada día, y hay que seguir trabajando para reducir el número de accidentes, no nos podemos acostumbrar a vivir con la cifra de víctimas.”

Desde salud mental, tres días a la semana ven grupos de unas 20 personas, por diferentes motivos de duelo, pero “en el caso de duelo por pérdida de un familiar, muchos de ellos por accidentes de tráfico, son pacientes con algo especial, no llevan el mismo ritmo que el resto, el impacto de algo inesperado les hace ir por detrás del resto.”

4.2.2. Conclusiones desde el punto de vista de observador.

Las siguientes conclusiones son derivadas de las entrevistas realizadas a los diferentes organismos, así como del trabajo realizado como observadora.

- Los Grupos de Terapia de Duelo consiguen estimular en la mayoría de los pacientes: La verbalización, la identificación, el aprendizaje interpersonal y conciencia de la realidad actual.
- Los pacientes que, con tratamientos en Salud Mental, así como los que solamente recibían tratamiento psiquiátrico mediante fármacos, mejoran de manera eficaz en los Grupos de Terapia de Duelo.
- La gran mayoría de las personas que asisten a los Grupos de Terapia de Duelo son mujeres, siendo hasta un 85% en el caso de los grupos observados.
- Las personas que han perdido un familiar por enfermedad prolongada o súbita tienen una evolución mejor en el duelo, que aquellos que han perdido un familiar por accidente o suicidio.
- Existe una mayor evolución del duelo en personas que han perdido a uno de sus padres, que aquellos que han perdido un hijo, una pareja, un hermano o más de un familiar a la vez.
- La mayoría de las sesiones de los Grupos de Terapia del Duelo recogen los siguientes contenidos:

- Relación con la persona fallecida: Despedida, dolor, no saber que hay después de la muerte. No soportan lo que gira en torno a la muerte.
 - No aceptar la muerte: Sentirse culpable por ser feliz, por vivir. Sentimientos ambiguos entre soledad y compañía. Sentirse culpable por no realizar los deseos del fallecido. Vacío, confusión.
Necesidad de pertenecer a un grupo, personas que te entiendan.
 - Qué hacer con las cosas del fallecido debido a su vinculación. Fotos. Tiempo para aceptar la perdida.
 - No aceptación: Recuerdos. Duelo múltiple. No saber que hacer sin la otra persona. Vivir sin el ser querido.
 - Búsqueda de afecto en los demás: Ocultar sentimientos. Existencia de vida social. Aceptar. Vivir recordando.
 - Sentimiento de vacío: El resto de las personas no sustituyen al fallecido. No sentirse entendido. El daño que produce la no aceptación. Resurgimiento de depresiones anteriores.
 - Visitas al cementerio: Ponerse en el lugar de la persona fallecida.
Aceptar que se puede perder lo que se tiene.
 - Creencias que ayudan a superar el duelo: Religiones. La pena continua. Cada persona elabora su perdida.
 - Duelo por el fin del grupo: Necesidad de seguir en grupo. Despedidas. Como ayudar a otros.
- Los diferentes contenidos aparecen y desaparecen continuamente, el objetivo de los Grupos de Terapia es intentar que cada persona integre los mismo es su proceso personal, mediante el grupo, que devuelve los contenidos de una forma elaborada, ordenada colocada, diferenciada.
 - La finalización de los grupos debe llevar un seguimiento posterior, que evalúe a cada persona.

5. Proyecto educativo.

5.1. Propuesta protocolo de actuación.

Según recoge la Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros (62), es aconsejable protocolizar cualquier problema de salud que se considere necesario, con expectativa de un cambio posible y deseable, así como potencial para mejorar los resultados en pacientes y los cuidados de salud.

Deberá darse prioridad a unos procesos frente a otros para ser eficiente, según los siguientes criterios:

- Existencia de variabilidad en los resultados o práctica clínica.
- Sospecha de que un tratamiento o cuidado pueda reducir la morbilidad o mortalidad.
- Intervenciones con coste alto o riesgo alto.
- Cuando se detecte la necesidad de hacer un protocolo.

Protocolo elaborado según la Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros de la Comunidad de Madrid.

5.1.1. Introducción/Justificación.

Según recoge la DGT (2), en su publicación de las últimas cifras de siniestralidad vial, en 2015 fallecieron 1880 personas en España. Actualmente los accidente de trafico ocupan la séptima causa de muerte en nuestro país.

Así mismo, la OMS (1), recoge que la primera causa de mortalidad entre jóvenes de entre 15 y 29 años, son las lesiones producidas por los accidentes de tráfico.

Debido a la importancia de estos datos y ante la ausencia de un protocolo que recoja una acogida a los familiares de víctimas de accidentes de tráfico que llegan a un hospital, se ha realizado este protocolo, con el fin de mejorar La asistencia a estas personas, dado que, según la revisión bibliográfica recogida, muchas de estas personas, serán pacientes demandantes de asistencia sanitaria en algún momento.

Después de las entrevistas mantenidas con Asociaciones, Guardia Civil, personal sanitario, así como los testimonios de familiares de víctimas, se ve la necesidad de crear un protocolo de actuación, ya que la gran mayoría de familiares expresa como fueron atendidos en esos primeros momentos, muchos no recuerdan parte de lo que vivieron en el momento que les dieron la noticia, pero si recuerdan el cómo y el quien les dio la noticia, y ese recuerdo en la gran mayoría de los casos, es uno de los peores que recuerdan de todo lo acontecido en esos momentos, no solo por el contenido, sino por la forma en que se les dio la noticia.

Este protocolo surge para acompañar a todas aquellas personas que llegan a un hospital después de haber recibido la noticia de que su familiar ha fallecido en un accidente de tráfico. Es probable que no amortigüe ni siquiera mitigue el impacto de la noticia, ya que es imposible que nada lo haga, pero estarán acompañados y atendidos para todo aquello que necesiten en estos momentos.

Enfermería, como figura de cuidado, tiene un papel fundamental en la primera acogida a estos familiares.

5.1.2. Objetivos.

El principal objetivo de este protocolo es atender, a todos y cada uno de los familiares de víctimas de accidentes de tráfico, en todo el proceso durante su estancia en el medio hospitalario, así como un seguimiento posterior en los días siguientes, derivando si procede, a los diferentes medios asistenciales.

5.1.3. Responsabilidades.

Mercedes Lahera Arevalo, alumna de Cuarto curso de Enfermería.

5.1.4. Ámbito asistencial.

Protocolo dirigido a los profesionales de enfermería del área de urgencias hospitalaria.

5.1.5. Población diana.

Familiares/ amigos/ allegados, de víctimas de accidentes de tráfico.

5.1.6. Desarrollo o cuerpo del protocolo.

El presente protocolo está dirigido a la atención, cuidado y acompañamiento de familiares de víctimas de accidentes de tráfico que llegan a un hospital.

5.1.6.1. Motivos de llegada familiares de víctimas.

Principalmente estos familiares llegan al hospital por cuatro motivos:

1. Han recibido una llamada de un Cuerpo de Seguridad del Estado, Guardia Civil, policía..., en el que se les ha comunicado que su familiar ha sufrido un accidente de tráfico, y en el que se les indica que acudan cuanto antes al hospital XXX, donde ha sido trasladado su familiar.

Dependiendo de quién atienda esta llamada, según el criterio del agente que realice la llamada, se pueden dar a su vez dos circunstancias:

- 1.1. El agente, valorando las preguntas que le realicen y las circunstancias como cercanía o no de los familiares del hospital, si son personas mayores o enfermas las que reciben la noticia..., comunicara que su familiar ha sufrido un accidente de tráfico por lo que se le ruega lo antes posible acuda al hospital XXX donde ha sido trasladado su familiar.
- 1.2. El agente, decide dar la noticia del fallecimiento del familiar por teléfono, comunicándole que acudan al hospital XXX, donde finalmente ha fallecido.
2. Han recibido en su domicilio, la visita de un Cuerpo de Seguridad del Estado, Guardia Civil, policía..., y les han comunicado en persona que su familiar ha fallecido.
3. Han recibido la llamada del hospital, informándoles que su familiar ha sido ingresado en dicho hospital, que acudan lo antes posible pero no se les comunica el motivo, por lo que estos familiares no saben a su llegada que es lo que ha pasado.
4. Familiares que han conocido la noticia por otros medios, ya sean vecinos, amigos, medios de comunicación, etc.

Cuando un paciente nos llegue en estado muy grave, agonizante o fallecido por accidente de tráfico, se deberá activar por parte del personal de enfermería el "*Protocolo, familiar víctima de accidente de tráfico.*"

5.1.6.2. Activación Protocolo, Familiar Víctima de accidente de Tráfico.

- 1) Antes de dar información, nos informaremos.

Es fundamental averiguar todo lo que podamos, sobre cuando, como y donde se ha producido el accidente (datos objetivos, en ningún caso hablaremos de culpabilidad):

- 1.1) Identificación de la víctima.

Normalmente este tipo de víctimas es traído por un transporte sanitario urgente, en muchas ocasiones llegan acompañados por policía, guardia civil, debido a las circunstancias en las que se ha producido el accidente. Por lo que, en muchos casos, son estos agentes lo que comunican datos de la víctima y si

han contactado o no con los familiares, con quien lo han hecho, o si por el contrario todavía no han sido localizados.

1.2) Datos sobre circunstancias de donde se ha producido el accidente.

Si tenemos la posibilidad de hablar con los agentes, intentaremos que nos den información en la medida de lo posible, sino hablaremos con admisión de pacientes sobre los datos que estos agentes han dejado.

1.3) Datos clínicos.

Nos informaremos, en el caso, de que no hayamos atendido nosotros mismos al paciente, de cómo ha llegado, si ha fallecido en el propio accidente, a su llegada al hospital, si ha fallecido durante una intervención quirúrgica...

Estos datos nos ayudaran a informar a los familiares de una forma más adecuada, antes de su llegada.

Es esencial que sepamos el estado del paciente. En ocasiones estos pacientes, aún permanecen con maniobras de reanimación, están siendo intervenidos quirúrgicamente o están en muerte encefálica con posibilidad de ser donantes.

2) Informaremos a admisión, que en el caso de llegada de familiares del paciente XXX, nos avisen de inmediato.

Una espera puede darles falsas esperanzas a los familiares que todavía no sepan el desenlace, puede acrecentar sus miedos, su desesperación ante la falta de noticias.

En el caso de familiares que ya son conocedores del fallecimiento, la espera, puede provocar sentimientos de abandono y de dejadez tanto de ellos como de su familiar.

3) Preparación de la acogida.

Una vez tengamos toda la información, debemos preparar la acogida:

3.1) ¿Dónde?

- En el caso de familiares que ya conocen el fallecimiento.

Mientras nos avisan de la llegada de familiares, estos serán pasados a una sala/habitación, donde puedan tener privacidad, un espacio adecuado para los familiares directos.

Este espacio estará libre de interrupciones. Siempre evitar pasillos y zonas comunes, de tal manera que cuando comuniquemos la información no seamos interrumpidos.

- Si todavía no saben la noticia, estarán en la sala de espera. Lo haremos paso a paso, dosificando la información. Daremos una primera información y después les pasaremos a esta sala/habitación, les indicaremos que disponemos de salas acondicionadas para que puedan esperar la información.
- La sala deberá constar, de mobiliario básico, como sillas o sillones, mesa...

3.2) ¿Cómo?

- Nuestras habilidades de comunicación nos ayudaran a incrementar la sensación de control de la situación.
- Nuestro saludo inicial, nuestro lenguaje corporal deberá ser de acorde a la situación.

Llegaremos con actitud serena y seria, evitando efusividades innecesarias, seremos conscientes de cómo llegan estas familias, por lo que un saludo empático, cercano y acogedor será imprescindible.

- El contacto físico, como coger de la mano o del hombro, se valorará en función de la persona que tengamos enfrente, en muchas ocasiones ellos mismos propiciarán ese contacto.
- El mensaje deberá ser claro, conciso, con frases cortas, evitando cualquier tecnicismo innecesario.
- Aunque demos la noticia poco a poco, no deberemos mentir ni disimular, no crearemos falsas esperanzas donde no las hay.
- Accederemos con móviles, buscas u otros dispositivos en silencio.
- De este modo seguiremos los siguientes pasos:

- o Nos presentaremos por nuestro nombre e indicando que somos la enfermera que está atendiendo a su familiar XXXX.

- Preguntaremos su nombre, así como grado de parentesco y nos dirigiremos a ellos por su nombre.
- Hablaremos con voz, tranquila, pausada, segura, sin utilizar tecnicismos, manteniendo siempre contacto visual.
- Iremos dando información poco a poco, para intentar que se adapten progresivamente, evitando dar la noticia de forma brusca.

En el caso de familiares que a su llegada aún no saben que ha pasado, dosificaremos información.

- a) Familiares que llegan sin saber que su familiar ha fallecido.
- Estarán en la sala de espera general, en el caso de que el hospital cuente con profesional especializado en dar información a pacientes y familiares, “Chaquetas verdes” (63), este se dirigirá a los familiares, para darles una primera información, indicándoles motivo de ingreso, en este caso accidente de tráfico y que en breve saldrá una enfermera o medico a informarles, a continuación, les hará pasar a la sala/habitación individual con el fin de que estén más cómodos. Si el hospital no cuenta con esta figura, la enfermera se dirigirá a ellos presentándose, preguntándoles si son familiares de XXX, y que indiquen su nombre y grado de parentesco para dirigirnos a ellos.
 - Dosificar información para adaptación de la noticia.
 - Primero, les indicaremos la situación de gravedad, *“su familiar XXX ha tenido un accidente de tráfico y ha sido atendido en el lugar del accidente, posteriormente ha ingresado en este hospital en estado muy grave.”*
- Respetaremos las preguntas de los familiares e intentaremos averiguar que saben y contestarles en la medida de lo posible. Les indicaremos que nos acompañen a otra sala donde van a estar más cómodos y donde periódicamente saldremos a informarles.
- Segundo, volveremos a informarles, dejando pasar un mínimo de diez minutos, les informaremos de todo lo que se le está haciendo a su familiar, si está siendo intervenido, si esta con reanimación por parada

cardiaca, ... iremos indicándoles que está muy grave, que estamos haciendo todo lo que está en nuestras manos, pero las lesiones son muy graves y puede que no sean compatibles con la vida.

- Tercero, volveremos a la sala, y nos posicionaremos a la misma altura que se encuentren, sentados, de pie. Normalmente el médico será quien les comunique la noticia, aunque en ocasiones el médico puede delegar esta función en la enfermera. El médico o enfermera les comunicara que su familiar a fallecido.

No se trata de mentir, sino de espaciar la información para ir preparando a la familia, evitando dar la noticia de forma brusca, y a su vez permitir en algunos casos prolongar la reanimación del paciente.

- Cuarto, les indicaremos que sentimos lo que le ha ocurrido a su familiar.
- Quinto, respetaremos su dolor, su llanto, su ira, su frustración, en estos momentos nos quedaremos con ellos. Es muy importante respetar los silencios. Se pueden dar momentos de histeria, llanto... y posteriormente es muy normal que parezcan no haber entendido la noticia y nos preguntaran de nuevo que ha pasado, lo explicaremos las veces necesarias, intentando que lo entiendan evitando en estos momentos datos innecesarios.
- Es conveniente, según la persona tener un acercamiento físico, coger de la mano, hombro...
- Sexto, una vez pasado estos primeros momentos, les preguntaremos si necesitan algo, detalles como agua, que se sienten, si quieren que avisemos a alguien...
- En el caso de víctimas en muerte cerebral, el médico/enfermera les explicara en qué situación se encuentra su familiar y el equipo de Coordinación de trasplantes (64), nos acompañara para informarles de la posibilidad de donar los órganos de su familiar.
- La enfermera deberá estar preparada para la reacción de los familiares, ya que, en pocos minutos, se les ha comunicado la irreversibilidad de su familiar y además tienen poco tiempo para decidir si donan o no sus órganos.

- b) Familiares que llegan sabiendo que su familiar ha fallecido.
- Estos familiares habrán sido ya llevados a la sala acondicionada para estos casos por los celadores o chaquetas verdes, por lo que no deberemos hacerles esperar.
 - Primero, nos presentaremos y preguntaremos si son los familiares de XXX, su nombre y grado de parentesco.
 - Nos colocaremos a su altura, si están sentados o de pie.
 - Segundo, trataremos de averiguar que saben, hasta donde les han dado información y quien.
 - Nuestra actitud deber ser empática, no invasiva, trataremos de averiguar que saben, y confirmar que conocen el fallecimiento de su familiar.
 - En ningún caso les abordaremos a preguntas, pero si es necesario saber que saben, que conocen y hasta donde quieren saber.
 - Evitar frases hechas como: *“sé cómo se siente, le acompaño en el sentimiento, no se preocupe todo ira bien, todo pasa”*, ...ninguna de estas frases tiene un sentido lógico ni real, este tipo de frases hace que la persona cada vez se sienta más lejos de nosotros, no sabemos cómo se sienten y nunca lo juzgaremos.
 - Les indicaremos que sentimos lo que le ha ocurrido a su familiar.

En cualquier caso, tanto si sabían la noticia como si la acaban de conocer, los pasos siguientes son los mismos:

- Acompañaremos a estas personas en su proceso inicial del duelo, a no ser que manifiesten querer estar solos.
- Se trata de acompañar, de ver que necesitan, de escuchar, de ofrecer silencios, de explicarles todo aquello que necesiten, cuando lo necesiten, no antes.
- En algún momento nos pedirán ver a su familiar. Los prepararemos para ello. Les explicaremos de manera sincera y clara cuál es el estado en el que se encuentra.

- Evitaremos entrar en terminología de patologías, datos médicos, escalas..., la familia va a ver a la persona que hace pocas horas despidió con un hasta luego, por lo que en ningún caso estará preparada para verlo en la situación actual.
En caso de personas desfiguradas, con heridas severas que comprometan la integridad del cuerpo, les indicaremos la gravedad de estas sin entrar en detalles y les ofreceremos la posibilidad de enseñarle solamente la parte que no esté comprometida, una mano, la cara... la zona menos afectada, el resto del cuerpo permanecerá cubierto mediante sabana.
- Podemos ofrecer alternativas, ver a su familiar o no verlo, ver solamente la parte menos afectada del fallecido, verle cuando los servicios funerarios hayan preparado al fallecido.... pero son alternativas, no les diremos lo que tienen que hacer, lo que está mejor, lo que es peor..., el decir a una persona “*mejor no vea a su familiar quédese con su recuerdo...*”, en un momento en el que la persona es tan vulnerable, puede coartar su decisión, lo que podría tener consecuencias graves en su proceso futuro de duelo.
- En el caso de elegir ver a su familiar, les acompañaremos en todo momento, dejándoles espacio para que puedan despedirse y atendiendo en todo momento posibles reacciones como desmayos, mareos, ataques de ansiedad...
- Posteriormente identificaremos a la persona más preparada emocionalmente para encargarse de los tramites médicos, funerarios..., una vez identificada lo apartaremos ligeramente del resto de la familia y le explicaremos las opciones de las que disponen y trámites a seguir.
- En el caso de personas de nacionalidad extranjera, se les facilitara la dirección y número de teléfono de su embajada, con el fin de que puedan seguir los tramites, en caso de repatriación de fallecidos.

Ver datos en extensión, en anexo 16, elaboración propia a partir de la página de la Comunidad de Madrid sobre embajadas y consulados.

- 4) La labor de enfermería en urgencias hospitalaria finalizaría en el momento en el que estos familiares se marchan del centro.

No obstante, se les dará una breve información para que si lo precisan acudan a su médico de familia. Esta información será dada a la misma persona que ha estado preparando los tramites del fallecido, a la que se comentara, brevemente cual es el proceso del duelo, y cuáles son los medios de los que disponen en caso de necesitar ayuda.

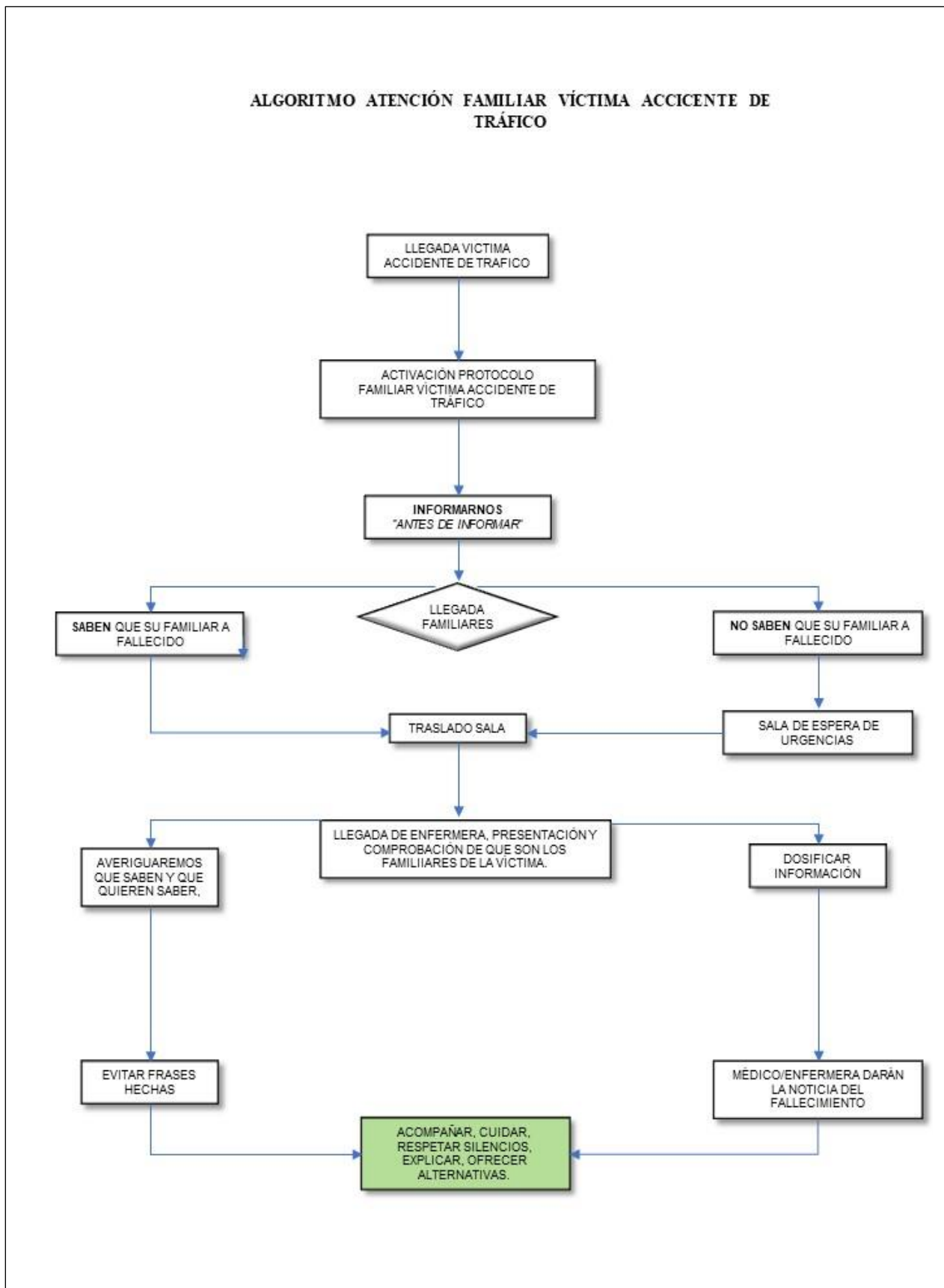
- 5) Esta información, además, se le dará por escrito, mediante folleto explicativo del duelo. Guía de Atención al duelo (65).

Ver datos en extensión, en anexo 15, elaboración propia a partir de Guía de Atención al duelo del servicio madrileño de salud

RECORDAR SIEMPRE que las personas en duelo:

- No lo superan. No es una enfermedad.
- No mejoran. No es una gripe.
- No pasan página. No es un libro.
- Cada día, se intenta aprender a vivir, sin el ser querido perdido.

5.1.6.3. Algoritmo Atención Familiar Víctima de Accidente de Tráfico.



5.1.6.4. Cronograma actuación proyecto educativo.

SESIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS	EVALUACIÓN
1	Conocimientos protocolo, Atención Familiar Víctima Accidente de Tráfico	Informarnos antes de informar Llegada tipos de familiares	Expositiva	60'	Aula/sala con cañón y pantalla de proyección Presentación PPT	Cuestionario pretaller, sobre conocimientos.
2	Aprender a comunicar malas noticias	Que saben y que quieren saber Dosificar información Evitación frases hechas	Expositiva	60'	Aula/sala con cañón y pantalla de proyección Presentación PPT	
3	Aprender a escuchar, acompañar, cuidar.	Acompañamiento, escucha, respetar silencios, cuidar, explicar, alternativas.	Expositiva Participativa	1h 30'	Aula/sala con cañón y pantalla de proyección Presentación PPT Material fotográfico, representativo sentimientos	Cuestionario postaller, sobre conocimientos. Simulación Rol-playing

6. Bibliografía.

(1) Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción. [sede Web]. OMS; 2017 [actualizada en enero de 2017; acceso 12 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>.

(2) Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2017. [monografía en internet]. INE; 2017; [acceso 12 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2017/index.html#20/z.

(3) Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2005. [sede web]. INE; 2007; [acceso 14 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/hp444.pdf>.

(4) Instituto Nacional de Estadística. Causas fallecimientos 1989. [sede web]. INE; 2017; [acceso 14 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=publi&idp=1254735573175.

(5) Dirección General de tráfico. Anuario accidentes 2015. [sede web]. DGT; 2015; [acceso 14 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/anuario-estadistico-de-accidentes/anuario-accidentes-2015.pdf>

(6) Circula Seguro.com. Casi 25 años de reducción de muertos en accidentes de tráfico. [sede web]. Circula Seguro.com; 2014; [acceso 14 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.circulaseguro.com/casi-25-anos-de-reduccion-de-muertos-en-accidentes-de-trafico/>

(7) Ministerio de fomento. Estudio de la mortalidad a 30 días por accidente de tráfico. [sede web]. Circula Seguro.com. 2014; [acceso 14 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/accidentes/docs/morAccTrafico.pdf>

(8) Orden INT/2223/2014, de 27 de octubre, por la que se regula la comunicación de la información al Registro Nacional de Víctimas de Accidentes de Tráfico. Boletín Oficial del Estado, nº289, (29 nov 2014).

- (9) Dirección General de Tráfico. Accidente de circulación. [sede web]. DGT; 2014; [actualizado el 16 de octubre de 2016; acceso 15 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.dgt.es/es/la-dgt/empleo-publico/oposiciones/2011/temario-parte-general-convocatoria-2011.shtml>
- (10) Organización mundial de la salud. Accidentes de tránsito. [sede web]. OMS; 2016 [acceso 15 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/es/.
- (11) Campón Domínguez JA. La evolución del accidente. Cuadernos de la Guardia Civil: Revista de seguridad pública, 2002 enero 1:131-148.
- (12) Adebayo PB, Abayomi O, Johnson PO, Oloyede T, Oyelekan AAA. Breaking bad news in clinical setting - health professionals' experience and perceived competence in southwestern Nigeria: A cross sectional study. AAM 2013 10/1;12(4):205
- (13) Morrison J. DSM 5 Guía para el diagnóstico clínico. México, D.F.: El Manual Moderno; 2015.
- (14) Asociación Española de afectados por Osteosarcoma. Un dilema para los pacientes informados. [sede web]. AEAS 2016; [actualizado el 11 de enero de 2016; acceso 15 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.aeasarcomas.org/foro/viewtopic.php?t=7>.
- (15) Editorial Tecnos. Ley general de sanidad (8a. ed.). Madrid: Difusora Larousse - Editorial Tecnos; 2014.
- (16) Lence Anta JJ. El error... ¿de Hipócrates o de profesionales sanitarios inadaptados? REVM 2003 Jun 1;42(2):99-102.
- (17) Sobrino López A. Comunicación de malas noticias. Semin Fund Esp Reumatol 2008 "Abr 2,"; Vol.9. Num.2:111-122.
- (18) Daniela Leone, Julia Menichetti, Lorenzo Barusi, Elisabetta Chelo, Mauro Costa, Luciana De Lauretis, et al. Breaking bad news in assisted reproductive technology: a proposal for guidelines. BMC 2017 Jan 1;14.

(19) Ramírez-Ibáñez MT, Roche RI, Fernando O. Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica. Aten Fam 2015 Dic; Vol.22. Num.4.:95-96.

(20) Falconi Chalco EM. Guía para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencia. UNMSM 2013 Sep. 22;74(3):217-220.

(21) Dirección General de Tráfico. La ayuda psicológica en emergencias. [sede web]. DGT; 2017; [actualizado noviembre de 2016; acceso 20 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-traffic/aspectos-psicologicos/ayuda-psicologia-emergencias.pdf>.

(22) Dirección General de Tráfico. Protocolo de colaboración para la atención integral a las víctimas de los accidentes de tráfico. [sede web]. DGT; 2004; [actualizado el 03 de noviembre de 2014; acceso 20 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-traffic/protocolos/2-parte-del-protocolo-firmado.-noviembre-2014.pdf>.

(23) Dirección General de Tráfico. Unidad de víctimas de accidentes de tráfico. [sede web]. DGT; 2013; [acceso 24 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-traffic/>.

(24) López N. Así trabajan las Unidades de Víctimas de Accidentes Tráfico. Autobild. 2017; 550.

(25) Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza y Dirección General de Tráfico. Protocolo de Actuación entre la Asociación Internacional del teléfono de la Esperanza (ASITES) y la Dirección General de Tráfico (UVATS). [sede web]. DGT; 2015; [actualizado el 15 de enero de 2016; acceso 24 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-traffic/protocolos/Protocolo_coordinacion-UVAT-TE-15-01-2016.pdf.

(26) Agrupación de tráfico, Guardia Civil. Procedimiento de comunicación de fallecimientos con ocasión de accidentes de tráfico. 2015:1-24.

(27) Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil. Primeros auxilios psicológicos. 2015:1-21.

(28) Cruz Roja Española. Procedimiento ERIE (Equipo de respuestas inmediata en emergencias) Psicosocial de Cruz Roja y actuación en asistencia a familiares de víctimas de accidentes de tráfico. [sede web]. CRE; 2010; [acceso 24 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=661,16282134&_dad=portal30&_schema=PORTAL30

(29) Servicio de asistencia municipal de urgencia y rescate. Asistencia psicológica en comunicación de malas noticias, inicio y proceso de duelo. [sede web]. SAMUR-PROTECCION CIVIL; 2013; [actualizado 2013; acceso 27 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Emergencias-y-seguridad/SAMUR-ProteccionCivil?vgnextfmt=default&vgnextoid=c88fcdb1bffa010VgnVCM100000d90ca8c0RCRD&vgnnextchannel=f9cd31d3b28fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=1233702>

(30) Community Research and Development Information Service. OPSIC (Operationalising Psychosocial Support in Crisis) [page web]. CORDIS; 2013; [updated 2013; accessed 27 october 2017]. Available at: http://cordis.europa.eu/result/rcn/189917_en.html

(31) Falconi Chalco E. Guía para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencias. An Fac med, 2013 74(3): 217-219

(32) Alvarez Martinez F, Molero Pardo MJ. Protocolo de actuación ante el proceso de muerte. Comisión Humanización de los cuidados. CUIDEN, 2010; 92:27-30

(33) La primera noticia. [sede web]. HSJD; 2016; [actualizado octubre 2016; acceso 7 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.sjdhospitalbarcelona.org/sites/default/files/u1/Sala_prensa/Noticias/2017/guia-primer-a-noticia-es-hospital-sant-joan-de-deu-barcelona.pdf

(34) Atención al Duelo en cuidados paliativos: Guía clínica y protocolo de actuación. [sede web]. SECPAL; 2014; [actualizado junio 2014; acceso 11 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.secpal.com//Documentos/Blog/01_MONOGRAFIA%20%20-%20OK-20140622%20Para%20impresión%20final%20final.pdf

(35) Guía de intervención en accidentes de tráfico en la provincia de Albacete. [sede web]. SEPEI; 2013; [actualizado diciembre 2013; acceso 10 de octubre de 2017]. Disponible en: https://www.dipualba.es/sepei/pdfs/Guia_Trafico.pdf

(36) Massachusetts General Hospital, Boston. The quiet room. NEJM.2017 Dec 21; 377:2411-2412

(37) Zapardiel Fernandez A, Balanzat Alonso S, Hallfter Azcoiti C. Manual de intervención psicológica y social en víctimas de terrorismo 11M.AV11M. 2.009; 1-331. ISBN: 978-84-613-2990-8

(38) Protocolo información, para víctimas y familiares de accidentes de aviación Civil comercial. [sede web]. MFOM; 2014; [actualizado 2014; acceso 25 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.aena.es/csee/ccurl/496/797/informacion%20victimas%20accidentes.pdf>

(39) Real Decreto 362/2013, de 27 de 2 de agosto, de asistencia a las víctimas de accidentes de la aviación civil y sus familiares. Boletín Oficial del Estado, nº185, (03 ago. 2013).

(40) Protocolo Acogida al paciente. [sede web]. CODEM; 2017; [actualizado junio 2017; acceso 25 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/b30fb450-e60d-45e0-884b-63ab8297f5bd/55975b8c-c2c2-42ef-9d90-f291aaeb78b0/55975b8c-c2c2-42ef-9d90-f291aaeb78b0.pdf>

(41) Tratamiento psicológico de los familiares y víctimas de accidente de tráfico. [sede web]. UCO; 2009; [acceso 15 de septiembre de 2017]. Disponible en: www.uco.es/informacion/.../tratamiento-psicologico-de-las-victimas-traffic.ppt

(42) Kübler Ross E. Sobre la muerte y los moribundos: Alivio del sufrimiento psicológico. Madrid: Penguin Random House Grupo Editorial España;2017

(43) García-Viniegras Carmen Regina Victoria, Grau Abalo Jorge A, Pedreira Infante. Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Ene 27]; 30(1): 121-131.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100012&lng=es.

(44) Hashim SM, Eng TC, Tobit N, Wahab S. Bereavement in the elderly: the role of primary care. *Mentahl health in family medicine* 2013 Sep; 10(3):159

(45) Dirección General de Tráfico. Asociaciones. [sede web]. DGT; 2017; [acceso 27 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/asociaciones/>

(46) Beloso Ropero JJ, Díaz Medina M, López Moreno T. Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2015; 35 (128): 759-774.

(47) Organización Mundial de la Salud. La OMS publica unas directrices para salud mental después de acontecimientos traumáticos [sede Web]. OMS; 2017 [actualizada en enero de 2017; acceso 31 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/

(48) Díaz Curiel J. Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* [Internet]. 2011; 31(1): 93-107.

(49) Sanz JM; García IM; Carbajo E. Tratamiento del duelo en salud mental: Una experiencia grupal. *Rev Psico* [Internet].2014; 25 (99):115-133

(50) Silvestre García M, Ingelmo Fernández J, García-Ordás A. Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2013; 31 (118): 289-300.

(51) Calandri E, Graciano F, Borgui M, Bonino S, Improving the quality of life and psychological well-being of recently diagnosed multiple sclerosis patients: preliminary evaluation of a group-based cognitive behavioral intervention. *Disabil Rehabil* 2017 jul;(15): 1474-1481

(52) Vision cero initiative. [web page]. *Visión cero*;2017; [updated 2017; accessed 25 January 2018]. Available at: <http://www.visionzeroinitiative.com/>

(53) Swedish transport administration. [web page]. Trafikverket;2017; [updated 2017; accessed 30 January 2018]. Available at: <https://www.trafikverket.se/en/startpage/>

(54) European New car assessment programme. [web page]. Euro NCAP;2016; [updated 2016; accessed 26 January 2018]. Available at: <https://www.euroncap.com/es/para-ingenieros/protocols/general/>

(55) Dirección General de Tráfico. Alcolock: así funciona. [sede web]. DGT; 2015; [acceso 24 de enero de 2018]. Disponible en:

<http://revista.dgt.es/es/multimedia/infografia/2015/0428Alcolock-asi- funciona.shtml#>.

WnRJVqjibIV

(56) European road assessment programme. [web page]. EuroRAP;2017; [updated 2017; accessed 26 January 2018]. Available at:

<http://www.eurorap.org/about-us/the-safe-system/>

(57) Asociación DIA. [sede web]. DIA;2017; [actualizado 2017; acceso 30 de enero de 2018]. Disponible en: <http://asociaciondia.org/asociacion-de-victimas-de-accidentes>

(58) Fundtrafic. [sede web]. Fundtrafic;2017; [actualizado 2017; acceso 30 de enero de 2018]. Disponible en: <http://fundtrafic.org/quienes-somos/>

(59) Instituto psiquiátrico de servicios de salud mental José Germain. [sede web]. IPJG; 2017; [acceso 30 de enero de 2018]. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=HospitalJoseGermain/Page/HGER_home&c=Page&site=HospitalJoseGermain

(60) Agrupación de tráfico de la Guardia Civil. [sede web]. Guardia Civil; 2017; [acceso 31 de enero de 2018]. Disponible en:

http://www.guardiacivil.es/es/institucional/Conocenos/especialidades/Seguridad_Vial/index.html

(61) Infocoponline. La psicología en los accidentes de tráfico – Entrevista a Francisco Duque. Infocop [revista en Internet] 2008 [febrero 2018]. Disponible en:

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2004

(62) Alcaide Costa J; Andrés Gimeno B; Arias Rivero S; Diaz Caro Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros. [monografía en Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2012 [acceso 23 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content->

[Disposition&blobheadervalue1=filename%3D%20GU%20C3%8DA_DEFINITIVA_PROCEDIMIENTOS_ENFERMEROS.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883659006&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D%20GU%20C3%8DA_DEFINITIVA_PROCEDIMIENTOS_ENFERMEROS.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883659006&ssbinary=true)

(63) Servicio madrileño de salud. Personalización de la atención hospitalaria. [sede web]. SERMAS; 2008; [acceso 28 de febrero de 2018]. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content->

[Disposition&blobheadervalue1=filename%3DPersonalizaci%C3%B3n+Atenci%C3%B3n+Hospitalaria+DG+ATENCI%C3%93N+AL+PACIENTE.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352871170802&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DPersonalizaci%C3%B3n+Atenci%C3%B3n+Hospitalaria+DG+ATENCI%C3%93N+AL+PACIENTE.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352871170802&ssbinary=true)

(64) Organización nacional de trasplantes. El Coordinador de trasplantes. [sede web]. ONT; 2017; [acceso 01 de marzo de 2018]. Disponible en:

<http://www.ont.es/home/Paginas/EICoordinadordeTrasplantes.aspx>

(65) Salud Madrid. Guía de atención al duelo. [sede web]. SERMAS; 2017; [acceso 28 de febrero de 2018]. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142648604263&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142648604263

(66) mhGAP Intervention Guide. [sede web]. Who; 2016; [acceso 22 de febrero de 2018]. Disponible en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf?ua=1>

(67) Inmigramadrid. Embajadas y consulados. [sede web]. Madrid.org; 2017; [acceso 17 de marzo de 2018]. Disponible en:

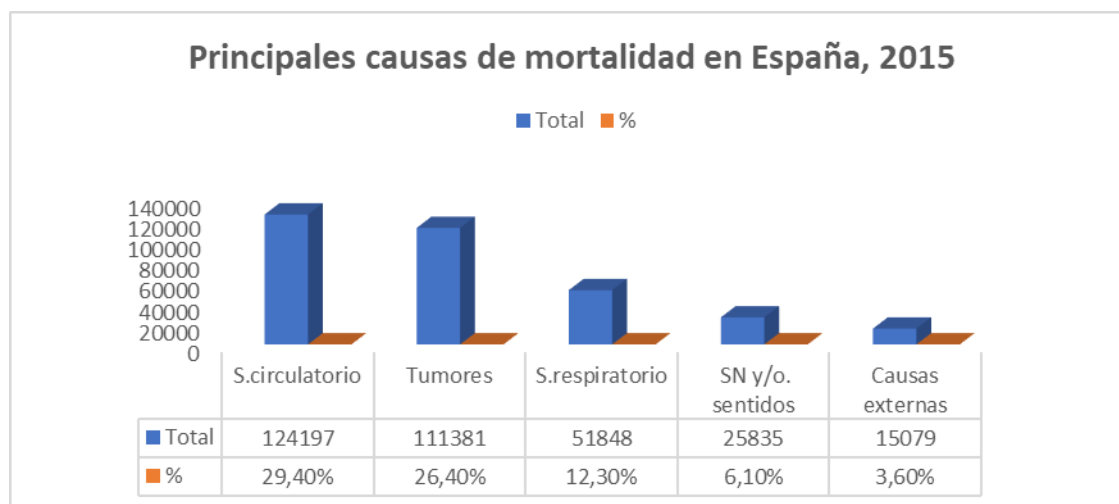
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1160386349933&idPaginaAsociada=1160386349933&pagename=Portallnmigrante/Page/INMI_listado

(68) Comisión Europea. Carta Europea de la Seguridad Vial. [sede web]. CE; 2016; [acceso 18 de marzo de 2018]. Disponible en:
<http://www.erscharter.eu/es>

7. Anexos.

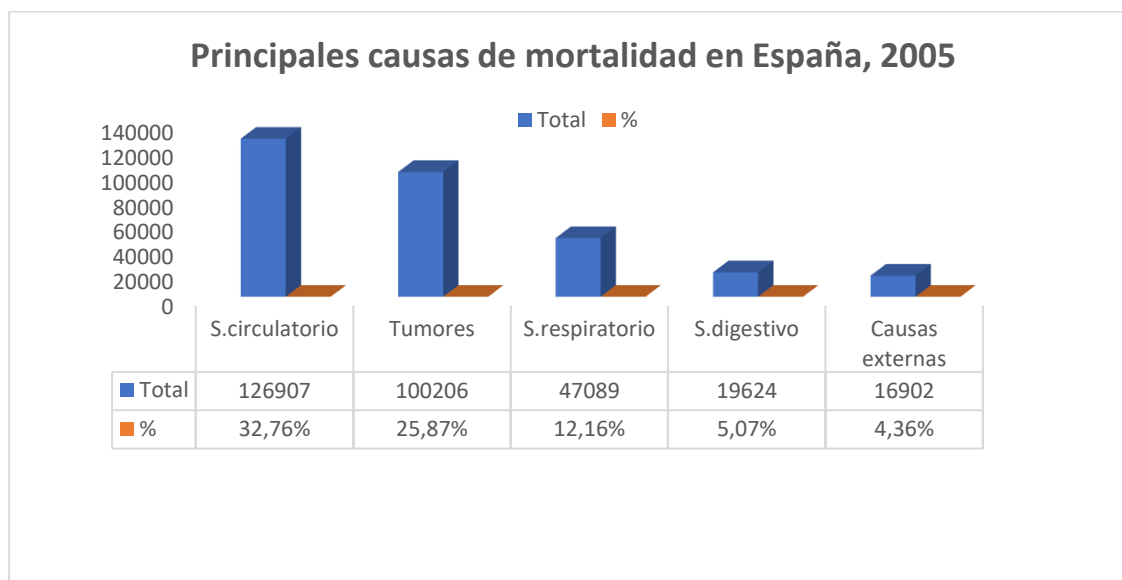
Anexo 1: Principales causas de mortalidad 2.015. (2)

Causas	Total	%
Enfermedades sistema circulatorio	124197	29,40%
Tumores	111381	26,40%
Enfermedades sistema respiratorio	51848	12,30%
Enfermedades del SN y órganos de los sentidos	25835	6,10%
Trastornos mentales y del comportamiento	21333	5,00%
Enfermedades sistema digestivo	20360	4,80%
Causas externas, no naturales: suicidios, ahogamientos, asfixia, caídas, acc. tráfico.	15079	3,60%
Enfermedades endocrinas y metabólicas	14065	3,30%
Enfermedades sistema genitourinario	12169	2,90%
Hallazgos clínicos anormales y de laboratorio	9504	2,20%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7567	1,80%
Enfermedades s. osteomuscular y conjuntivo	4148	1%
Enfermedades de la sangre y o. hematopoyéticas	2028	0,50%
Enfermedades piel y tejido subcutáneo	1563	0,40%
Malformaciones congénitas, y anomalías	802	0,20%
Afecciones en periodo perinatal	674	0,20%
Embarazo, parto y puerperio	15	0,0,%
Total, defunciones	422568	100,00%



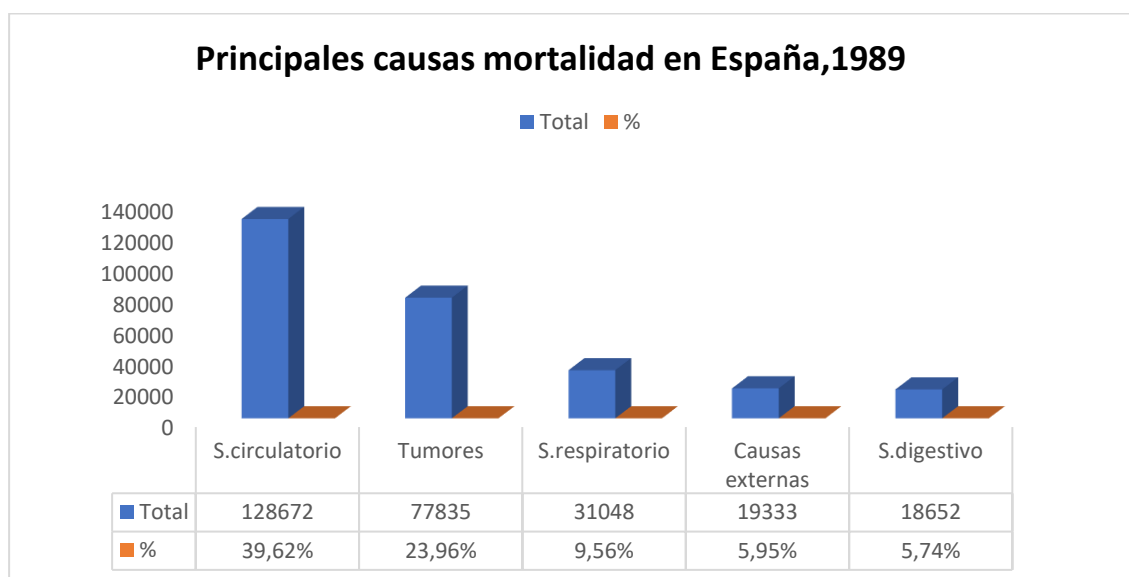
Anexo 2: Principales causas de mortalidad 2.005 (3)

Causas	Total	%
Enfermedades sistema circulatorio	126907	32,76%
Tumores	100206	25,87%
Enfermedades sistema respiratorio	47089	12,16%
Enfermedades del SN y órganos de los sentidos	15697	4,05%
Trastornos mentales y del comportamiento	12539	3,24%
Enfermedades sistema digestivo	19624	5,07%
Causas externas, no naturales: suicidios, ahogamientos, sofocación, caídas, acc. tráfico.	16902	4,36%
Enfermedades endocrinas y metabólicas	12421	3,21%
Enfermedades sistema genitourinario	9567	2,47%
Hallazgos clínicos anormales y de laboratorio	10969	2,83%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7493	1,93%
Enfermedades s. osteomuscular y conjuntivo	3596	0,93%
Enfermedades de la sangre y o. hematopoyéticos	1316	0,34%
Enfermedades piel y tejido subcutáneo	1107	0,29%
Malformaciones congénitas, y anomalías	962	0,25%
Afecciones en periodo perinatal	942	0,24%
Embarazo, parto y puerperio	18	0,00%
Total, defunciones	387355	100,00%



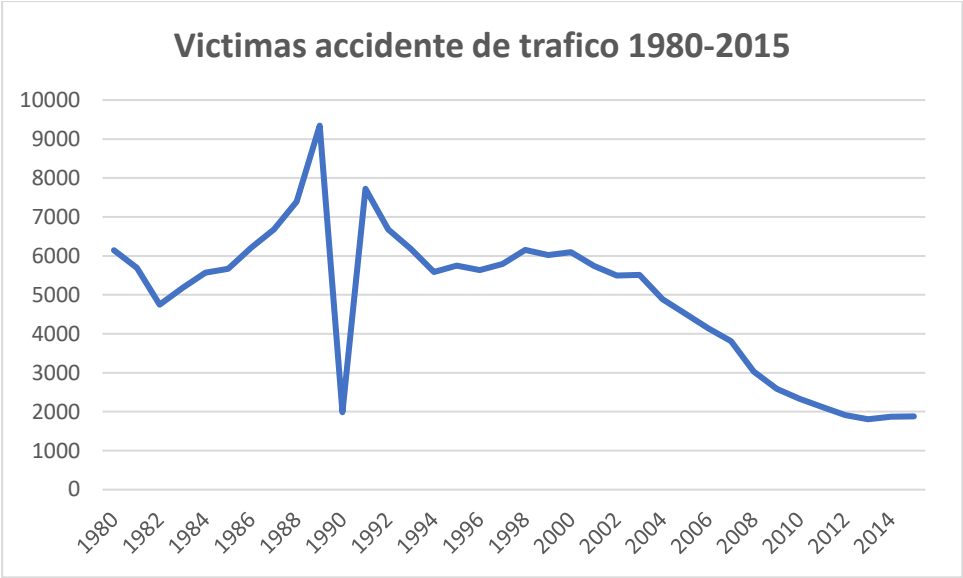
Anexo 3: Principales causas mortalidad 1989. (4)

Causas	Total	%
Enfermedades sistema circulatorio	128672	39,62%
Tumores	77835	23,96%
Enfermedades sistema respiratorio	31048	9,56%
Enfermedades del SN y órganos de los sentidos	4326	1,33%
Trastornos mentales y del comportamiento	4404	1,36%
Enfermedades sistema digestivo	18652	5,74%
Causas externas, no naturales: suicidios, ahogamientos, sofocación, caídas, acc. tráfico.	19333	5,95%
Enfermedades endocrinas y metabólicas	10100	3,11%
Enfermedades sistema genitourinario	7193	2,21%
Hallazgos clínicos anormales y de laboratorio	11119	3,42%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	5085	1,57%
Enfermedades s. osteomuscular y conjuntivo	2733	0,84%
Enfermedades de la sangre y o. hematopoyéticos	1073	0,33%
Enfermedades piel y tejido subcutáneo	476	0,15%
Malformaciones congénitas, y anomalías	1382	0,43%
Afecciones en periodo perinatal	1353	0,42%
Embarazo, parto y puerperio	12	0,00%
Total, defunciones	324796	100,00%



Anexo 4: Víctimas accidentes de tráfico en España 1980-2015. (5)

Años	Nº víctimas mortales
1980	6146
1981	5697
1982	4746
1983	5176
1984	5572
1985	5670
1986	6212
1987	6681
1988	7398
1989	9344
1990	1989
1991	7724
1992	6680
1993	6176
1994	5584
1995	5752
1996	5635
1997	5790
1998	6154
1999	6024
2000	6098
2001	5744
2002	5496
2003	5514
2004	4888
2005	4522
2006	4144
2007	3811
2008	3030
2009	2588
2010	2336
2011	2116
2012	1915
2013	1807
2014	1873
2015	1880



Anexo 5: Unidad de víctimas de accidente de tráfico. UVAT. (23)

La unidad de víctimas de accidentes de tráfico fue creada por la DGT, en febrero de 2013, cuyo objetivo fundamental es la configuración y coordinación de una red integral nacional de atención e información a víctimas de accidentes de tráfico. Estas unidades están emplazadas en las Jefaturas Provinciales de tráfico, actualmente existen 52 unidades.

Estas unidades buscan la disminución de la victimización primaria, es decir, la causada por el propio accidente, así como disminución de la victimización secundaria, referentes a la relación entre la víctima y el sistema social, sanitario, policial, jurídico...

Para la consecución de estos objetivos, las UVATS han desarrollado un plan de actuación que comprende 4 fases:

- Valoración y asistencia inicial de cada caso.
- Orientación e información.
- Derivación y/o intervención.
- Seguimiento: Las UVATS contactan con las víctimas varios días después, telefónicamente y si la víctima lo precisa, podrá darse cita de manera presencial, si la víctima no quiere recibir atención se le enviará una carta informativa y un díptico explicando los objetivos y funciones de la UVAT.

Según las estadísticas de la DGT(24) , las UVATS atendieron:

- Año 2013: 758 víctimas.
- Año 2014: 10.187 víctimas.
- Primer semestre 2015: 15.098 víctimas.

Anexo 6: Protocolo de colaboración para la atención integral a las víctimas de los accidentes de tráfico, Gobierno de Navarra-DGT. (22)

El presente protocolo entro en vigor el 3 de noviembre de 2014, firmado entre el Gobierno de Navarra y la DGT, cuyo principal objetivo es facilitar a las víctimas el acceso a los recursos y disminución de la victimización que se produce por la relación víctima-sistema jurídico penal, social, policial, sanitario...

- Principales actuaciones:

◆ Actuaciones en el accidente:

Centro Operativo de Coordinación en la recepción de llamadas de ciudadanos en situaciones de emergencia, activación y movilización de servicios necesarios, así como prestación técnica y material.

◆ Intervenciones en el lugar del accidente:

- Actuación en salvamento y atención de víctimas.
- Bomberos, Transporte sanitario de Urgencia, Policía local/ Foral, Guardia civil, psicólogo, forenses...

◆ Actuaciones tras el accidente.

Servicio hospitalario y extrahospitalario; servicio social de Justicia, Instituto Navarro de medicina legal, políticas sociales (valoración dependencia/discapacidad), prestaciones, protección de menores en caso de fallecimiento de ambos padres, Atención Primaria, UVATS (Unidad de coordinación de accidentes de tráfico) ...

◆ Comisión de seguimiento:

Órgano para evaluación y seguimiento de este acuerdo.

Anexo 7: Protocolo actuación entre la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES) y las Unidades de Víctimas de Accidentes de Tráfico (UVATS) (25)

Protocolo firmado el 21 de Julio de 2015 entre ASITES y DGT, cuyo principal objetivo es conseguir la mejor coordinación entre ambas organizaciones con el fin de asistir a las víctimas de accidentes de tráfico con la mayor eficacia posible, estableciendo unas pautas comunes en todo el territorio español. Este acuerdo pretende establecer colaboración entre ambas organizaciones, cooperación e intercambio en programas de prevención, tratamientos de la salud emocional, así como intervención en crisis con víctimas de accidentes de tráfico.

Tanto las UVATS como ASITES, están formadas por grupos de voluntarios que periódicamente reciben cursos y talleres de formación sobre "Intervención en crisis", "Intervención psicoterapéutica a víctimas de accidentes de tráfico", para orientación a las víctimas.

Dentro de las actuaciones de las UVATS mencionadas en el punto anterior, bajo la supervisión del responsable de la UVAT, podrán derivar a la víctima que considere necesite intervención psicológica, ofreciéndole los servicios del Teléfono de la Esperanza, así mismo también podrá ser derivada a este servicio la víctima que por sí misma lo solicite.

- Desde la UVAT se contactará con la persona asignada en ASITES, y se le transmitirá toda la información de la víctima. Conjuntamente se valorará el caso concreto y se tomarán medidas según salud mental, personalidad, apoyos sociales...
- Según los resultados obtenidos, un equipo interdisciplinar (UVAT-ASITES) realizará un programa de intervención.
- Posteriormente se informará a la víctima y en el momento que ASITES, realice la entrevista intercambiará información con UVAT, de manera que ambas partes estén informadas.
- Criterios de derivación por parte de la UVATS a ASITES:
 - o Víctimas con necesidades urgentes o extremas.
 - o Víctimas de accidentes donde se hayan producido fallecimientos.
 - o Víctimas con sentimiento elevado de culpa, con posible riesgo de suicidio.
 - o Presencia de menores en el accidente.
 - o Otras situaciones valoradas por UVAT.

Anexo 8: Procedimiento de comunicación de fallecimientos con ocasión de accidentes de tráfico.(27)

Este procedimiento es de carácter interno, y ha sido facilitado a través de la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil, en él se recogen, como es muy habitual tener que comunicar a familiares, noticias de accidentes con resultados de muerte. Según indica el procedimiento *“es difícil remediar el dolor que produce, pero con unas ligeras estrategias si podremos conseguir que nuestra comunicación sea menos impactante y realización de un servicio no solo legal sino fundamentalmente humanitario.”*

La presencia de los agentes será preferentemente presencial, será de unos pocos minutos, suficientes para dar la noticia, esperar las primera reacciones permaneciendo junto con el familiar y procurando dejar a la persona acompañada en el caso de que se encontrará sola en esos primeros momentos.

Habilidades como informador.

Seguridad en la identificación de las víctimas, dejando al margen detalles médico o legales, no siendo competencia de la Guardia Civil; valorar circunstancias del familiar (personas mayores, embarazadas, enf. psiquiátrica...), requerir en estos casos presencia sanitaria; no mostrar prisa en la comunicación, no cortar conversación, dejar que hablen..., como profesionales, no mentir acerca del desenlace del accidente, no es legal, ni ético, ni profesional.

Proceso de dar la mala noticia:

- a) **Aclimatación:** La mera presencia del agente, ya indica algo malo, pero normalmente esperan que se les diga alguna otra cosa o en el peor de los casos que su familiar está en el hospital.
El/los agentes se presentan y piden permiso para entrar a la vivienda, comenzando a hablar en tiempo presente sobre el fallecido, respecto a nombre, si vive allí, si cogió el coche esta mañana..., la persona va haciendo conjeturas, preparándose.
- b) **Notificación:** Expresión de la noticia, contar los hechos describiendo los acontecimientos en su secuencia temporal, en lenguaje llano, ya que se produce visión en túnel debido al estrés, perdiéndose información, a continuación se prosigue: *“ la carretera por donde circulaba su (familiar)ha sufrido un accidente de tráfico en el que se han visto implicados varios coches, en uno de ellos iba su (familiar), los médicos han hecho todo lo posible, pero lamentablemente su (familiar) no ha sobrevivido.”* Normalmente no entenderán y habrá que aclarar que ha fallecido.
- c) **Acomodación:** Esta fase es la más crítica, según recoge este protocolo, ya que los familiares pasan por diferentes reacciones, desde ira, negación, desbordamiento..., puede ser peligroso dejarlos solos por lo que el agente deberá demostrar *“su profesionalidad y valía humana.”* Importante no hablar de más, y respetar los silencios. No obstante, los familiares seguirán preguntando, tienen la esperanza de que haya sido un error

Estrategias tras la comunicación de afrontamiento para facilitar el inicio del duelo.

- Facilitar expresión de sentimientos.
- Respetar silencios, no hablando de banalidades.
- No juzgar ni criticar las expresiones de dolor.

Según recoge el protocolo, se debe tener en cuenta que, en los primeros momentos de la comunicación de la noticia, ya se están dando dos de las primeras etapas del duelo: shock y rabia. Esta última etapa puede llegar a ser muy intensa pudiéndose producir sentimientos de ira o rabia hacia los propios agentes.

Así mismo el protocolo recoge, como puede ayudar a los agentes para combatir sus propios sentimientos, hablar con los compañeros sobre el servicio que han llevado a cabo, reacción de los familiares y como se han sentido los propios agentes.

Anexo 9: Primeros Auxilios Psicológicos. Agrupación Guardia Civil de Tráfico.2015. (27)

Después de varios sucesos graves que se produjeron en España en los últimos años, se ve la necesidad de que cualquier persona, ya sea profesional, voluntario. Policía... este dotada de unas herramientas básicas, de unos primeros auxilios psicológicos, sin necesidad de tener que ser un psicólogo, pero siempre con una ética profesional mínima y humana.

El objetivo general, es aprender sobre el funcionamiento del estrés, efectos en el organismo, etapas, fases de intervención según conveniencia, es decir, ayudar a la víctima a establecer un modelo nuevo psicológico, prevenir síntomas de estrés postraumáticos y disminuir sus posibles efectos adversos.

Según las características profesionales y personales, así como la situación varía el tipo de intervención:

NIVEL	AGENTE DE AYUDA	INTERVENCION
I	Población general	Acompañar Cubrir necesidades básicas
II	Intervinientes: Bomberos, socorristas, fuerzas de seguridad, voluntarios, etc..	Acompañar. Cubrir necesidades básicas. Atención estrés agudo. Canalizar reacciones.
III	Psicólogo, trabajador social	Manejo situación crítica Intervención en crisis Urgencias psicosociales
IV	Equipo salud mental	Psicoterapia Reintegración

Los auxilios psicológicos tienen una parte que solo podrá ser aplicada por personal especializado en Psicología, pero nociones básicas y pautas generales de intervención deberán ser conocidas y llevadas a cabo por cualquier tipo de persona, ya que cualquiera puede verse envuelto en una catástrofe, accidente..., pudiendo realizar una primera intervención hasta la llegada del personal cualificado.

Intervenciones según las distintas fases de la situación de emergencia:

1. **Fase de alarma:** Un elevado porcentaje de la población tiene reacciones anticipatorias, esto se puede disminuir avisando a la población con suficiente antelación para que pueda prepararse mínimamente ante la situación. La alarma la emitirá una única fuente autorizada para evitar rumores e informaciones contradictorias.
2. **Fase de amenaza:** Aumento de incertidumbre, miedo y ansiedad sobre todo en ancianos y niños.
3. **Fase de impacto:** Hechos producidos de forma súbita y brutal, en estos hechos la actuación psicológica es muy limitada, es de mayor importancia las medidas preventivas. (diseño de espacios seguros, conductas de autoprotección, seguridad.)
Si el impacto es progresivo, la intervención ira dirigida a prevenir el pánico colectivo, es fundamental el papel de un líder, que se encargue de coordinar los equipos de intervención, rescate, salvamento...
4. **Fase de balance:** Evaluación rápida de la situación con el fin de movilizar los recursos necesarios, así como prevención de nuevas víctimas. La ayuda psicológica individual será para disminuir el impacto emocional, y la ayuda colectiva será para disminuir la confusión general, el pánico colectivo.
5. **Fase de rescate:** Pasado ya el peligro, las victimas necesitan convencerse de que esto es así. Persistencia de reacciones emocionales, como inseguridad, angustia, inhibición, lloros. La ayuda psicológica estará dirigida al trauma emocional asociado.

6. **Fase de preparación y recuperación:** Periodo más largo y con mayor uso de recursos. El tratamiento consiste en disminuir las alteraciones emocionales que puedan persistir, así como prevención en reacciones postraumáticas posteriores, que puedan surgir en el proceso de duelo.

Cronológicamente, los trastornos psicológicos más frecuentes que pueden derivarse de situaciones traumáticas son:

- Reacciones inmediatas.
- Secuelas agudas postrauma.
- Secuelas crónicas.

Principalmente destacan dos técnicas terapéuticas:

- **Defusing:** La puede realizar cualquier persona, no se necesita especialización técnica. Mediante una entrevista dirigida, se busca desactivar las reacciones emocionales de la persona, de modo que descargue sentimientos retenidos.
Se suele realizar en un lugar seguro, debe ser breve pero eficaz, valora y alivia los síntomas primeros de la persona afectada y le ayuda a entender los sentimientos que tiene en ese momento.
- **Debriefing:** Son técnicas en grupo, para liberar estrés, en personas que han sufrido situaciones de un alto estrés.

Existen otras técnicas como Técnicas de relajación, control respiración, biofeedback...

El protocolo además recoge consejos prácticos, posibles dificultades, errores habituales..., así como intervención o valoración en caso de posibles suicidio y reconocimientos de cadáveres por parte de familiares de víctimas.

Anexo 10: Procedimiento ERIE (Equipo de respuesta inmediata en emergencias) Psicosocial de Cruz Roja y actuación en asistencia a familiares de víctimas de accidentes de tráfico. (28)

Cruz Roja Española tiene entre otros, procedimientos de actuación Psicosocial a afectados: supervivientes, allegados, familiares...)

- Objetivo: Proporcionar atención psicosocial a afectados atendiendo sus necesidades sociales y psicológicas.

- Principales características:
 - Contacto con afectados, allegados o familiares que lo necesiten mediante la identificación del personal de apoyo.
 - Designación de profesional psicosocial que atenderá a afectado o grupo de familiares.
 - Información.
 - Valoración, mediante entrevista personalizada de cada afectado, familiar...
 - Evaluación de necesidades de apoyo psicológico, en toma de decisiones, tramites, acompañamiento a familiares, recogida de objetos, traslados, reconocimiento cadáver.
 - Técnicas de manejo de la ansiedad: control de la respiración, normalizar síntomas, facilitar expresión verbal, tomar decisiones, solucionar problemas...
 - Manejo del duelo. Valoración de factores de riesgo en duelo complicado e identificación de mecanismos psicológicos apropiados para su proceso. En el caso de que el afectado lo solicite, acompañamiento en la identificación del cuerpo. En el caso de cadáveres desfigurados, informar previamente a los familiares, intentando prepararlos psicológicamente antes de visualizarlo.
 - Capacitar psicológicamente al miembro de la familia que se encargue de tramites como, funeraria, atención policía científica...
 - Enseñar comunicación de malas noticias a otros familiares como niños, ancianos, enfermos...
 - Valoración de localización de un familiar que acompañe al afectado.

- Actualmente Cruz Roja dispone de acuerdos con diversas Instituciones Oficiales, haciéndose cargo de la asistencia psicológica a familiares de víctimas de accidentes de tráfico.

- En Madrid, tiene un acuerdo con el SUMMA, para que Cruz Roja se encargue de la ayuda psicológica con los familiares de víctimas de tráfico.

Anexo 11: SAMUR-PROTECCION CIVIL, Asistencia psicológica en comunicación de malas noticias y duelo. (29)

SAMUR, es el servicio de asistencia sanitaria municipal del ayuntamiento de Madrid de urgencia y rescate.

El principal objetivo de la psicología en emergencias es intervenir en situaciones de gran impacto emocional, en el propio lugar del suceso y durante los minutos y horas posteriores.

La psicología en emergencias se encuentra en un gran auge debido a la necesidad de asistencia en situaciones críticas.

En caso de tener que comunicar una mala noticia tras una muerte repentina y traumática, se activa el Procedimiento General de Activación de psicólogo de guardia del SAMUR-Protección Civil.

Normalmente es el facultativo del Soporte Vital Avanzado (SVA), Jefe o supervisor de guardia quien da la comunicación de malas noticias a excepción de que delegue en el psicólogo de guardia.

SAMUR-PROTECCION CIVIL, desde el año 2.003, tiene 6 Psicólogos de Guardia, 24 horas al día, 7 días a la semana, para situaciones de gran impacto emocional, además de apoyo psicosocial de voluntarios de Protección Civil.

Los Psicólogos de Guardia del SAMUR desarrollan sus funciones en diversas áreas:

- **ASISTENCIAL:**
 - Asistencia psicológica en situaciones traumáticas de urgencia, por impacto emocional en familiares, testigos o implicados...
 - Asistencia integral y multidisciplinar (sanitaria y psicológica), in situ en el primer instante después del suceso.
 - Principales objetivos: Disminuir impacto psicológico; ayudar a enfrentarse a situaciones potenciales de estrés debido a su gran contenido emocional; disminuir la posibilidad de trastornos psicopatológicos en implicados, familia, amigos o allegados; información y orientación sobre recursos; accesibilidad a la asistencia sanitaria...
 - Unidad de Intervención Psicológica (UPSIL).
Vehículo adaptado, en el que el psicólogo de emergencias desarrolla su labor profesional. Aísla al paciente del suceso generador de estrés, preserva su intimidad para que pueda desahogarse emocionalmente, llamar a otros familiares...
 - Código 100. Proyecto entre SAMUR-PC y Fundación Jiménez Díaz, para prevenir el suicidio.
 - Intervenciones psicosociales en desastres/emergencias masivas.
Tales como:
 - o 11/03/04. Intervención psicológica en Ifema tras atentados del 11 de marzo en Madrid.
 - o 30/12/06. Acompañamiento a familiares de las víctimas en aeropuerto, anatómico forense, hotel, y durante el traslado a Ecuador, tras los atentados de la Terminal T4 de Barajas.
 - o Agosto 2007. Intervención con víctimas y apoyo a profesionales sanitarios tras el terremoto de Perú.
 - o 20/08/2008. Asistencia psicológica, notificación y acompañamiento a familiares de víctimas, en Ifema, Hotel y Cementerio, tras el accidente aéreo en el que se produjeron 154 víctimas mortales.
- **FORMACION:**
 - Interna: Formación en primeros auxilios psicológicos y procedimientos en asistencia psicológica.
 - Externa: Formación en psicología de emergencias en universidades, Escuela Nacional de Protección Civil, Colegio Oficial de Psicólogos.
 - Formación a cuerpos de seguridad.
- **INVESTIGACION:**
 - Estudios en Psicología en Emergencias, participación en congresos y publicaciones en revistas, colaboración den proyectos internacionales como OPSIC (Operationalising Psychosocial support In Crisis). (30)

- APOYO PSICOLOGICO A INTERVINIENTES:
 - Formación para afrontamiento del estrés laboral y postraumático. Capacitación a intervinientes de habilidades y estrategias para desarrollar su labor diaria.
 - Apoyo psicológico y orientación individual inmediata frente a situaciones límite, así como situaciones con múltiples víctimas.

- OTRAS ACTIVIDADES:
 - Participación en simulacros de AENA: Sala de víctimas ilesas y familiares
Accidentes de aviación civil, así como coordinación y organización de posible accidente aéreo en Aeropuerto Adolfo Suarez Madrid-Barajas.
 - Desde el año 2008, existe un acuerdo con el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Madrid, en el que desarrolla un programa piloto para delitos contra la seguridad del tráfico, de reeducación vial y sensibilización para personas con penas de prisión por delitos de tráfico.

Anexo 12: Terapias de Grupo. (46)

A principios del S.XX, Joseph Pratt, médico en un sanatorio para tuberculosos, comienza a emplear grupos de pacientes, con el fin de darles información sobre su enfermedad, observando que aquellos que acudían tenían una mayor evolución.

En los años veinte, Jacob Levi Moreno, comienza a tratar problemas mentales con grupos de pacientes, con el llamado Teatro de la espontaneidad. Fundador del psicodrama, comienza a tratar a los pacientes como si de una obra de teatro se tratara basándose en la improvisación. En 1932, le da nombre como Psicoterapia de grupo.

En esta misma época, P. Lazell y J. Marsh de manera psicoeducativa, comienzan a utilizar los grupos de terapia en pacientes esquizofrénicos.

Desde este momento las terapias de grupo han ido ampliando su campo de actuación, según recoge este estudio, estas terapias gozan de efectividad clínica.

Según recoge la OMS (47) en 2008, se crea el Programa de acción mundial en Salud Mental (mhGAP) (66), protocolo sencillo, con el fin de que trastornos mentales, uso de sustancias, problemas neurológicos..., pueda ser utilizado por enfermeras y médicos de atención primaria.

En 2013, la OMS, presenta un nuevo protocolo clínico para profesionales sanitarios, en tratamiento de traumas, así como pérdida de seres queridos, en el que se incluye atención al trastorno de estrés postraumático (TEPT), duelo y estrés agudo. Con este protocolo los profesionales de Atención Primaria, según indica el Subdirector Gral. de la OMS, el Dr. Oleg Chestnov, pueden ofrecer un apoyo básico de manera eficaz, aprendiendo también a derivar paciente en los casos que sean necesarios.

La pérdida de seres queridos, así como los traumas son frecuentes en la vida diaria. Según un estudio de la OMS, realizado a 21 países:

- 31.8% de los encuestados había sido testigo de actos violentos.
- 18.8% había sufrido violencia interpersonal
- 17.7% accidentes
- 16.2% exposición a conflictos bélicos.
- 12.5% traumas en relación con seres queridos.
- 3.6% TEPT

Este protocolo define el tipo de ayuda como primeros auxilios psicológicos, aprendizaje de control del estrés, afrontamiento positivo, apoyos sociales de los que disponen...

Los afectados por TEPT, además se considerará la posibilidad de derivación a tratamientos más avanzados como terapias cognitivo- conductuales o técnica de desensibilización por movimiento ocular. (EMDR).

- En el año 2010, (48) se realizó un estudio en el Servicio de salud mental de Vallecas (Madrid), sobre Estudio de variable asociadas a psicoterapia grupal en duelos patológicos.

El estudio se realizó mediante 10 sesiones de 75 minutos cada una, con un total de 25 participantes diagnosticados de duelo complicado ,24 mujeres y un varón, divididos en cuatro grupos de trabajo durante los años 2.007 y 2.010, pertenecen al equipo de salud mental de Vallecas y han sido remitidos por atención primaria.

Se evaluó antes y después de las sesiones con la Escala Prigerson

Cada sesión tiene una serie de contenidos como: relación con la persona fallecida, despedida, qué hacer con sus cosas, ir o no al cementerio, enfado, ira, falta de aceptación, recuerdos..., estos contenidos se suelen repetir a lo largo de las sesiones, el objetivo es que los pacientes integren estos contenidos dentro de su proceso personal en el proceso grupal que devolverá los mismos ordenadamente, diferenciados y elaborados.

Según este estudio, después de comparar los resultados de la Escala Prigerson, aseguran que ha sido eficaz, existe una mejoría mayoritaria y general, en los síntomas de duelo patológico entre los pacientes. Al finalizar las sesiones el 58.3% solicitaron el alta en salud mental y el 37.5% continuaron con asistencia psiquiátrica, psicoterapéutica y/o farmacológico.

- En otro estudio, (49) Tratamiento del duelo en salud mental, llevado a cabo en una Unidad de Salud Mental (USM) de la población de Torrente (Valencia), con 18 pacientes; 12 derivados de USM y 8 de atención primaria. Se utilizaron 3 escalas de valoración: Entrevista diagnóstica del duelo complicado (Prigerson), Escala Hospitalaria de ansiedad depresión (Zigmond) y la escala del sueño. (Hays y Stewart.) Los contenidos de las sesiones fueron: entender las reglas y de que se va a hablar, concienciarse sobre la pérdida, trabajar dolor y emociones, normalizar, culpabilidad, adaptación nueva vida... Según este estudio, las pacientes presentan una pequeña mejoría en cuanto a experiencia subjetiva (disminuye su soledad, sube su autoestima), y tienen una moderada mejoría de sus síntomas de ansiedad y depresión, pero no les ha ayudado respecto a cambios conductuales en relación con el duelo ni en la toma de decisiones. Por lo tanto, según recoge el estudio, esta terapia no parece a ver sido efectiva en la facilitación del duelo ni motivar un cambio.
- Existen diversos estudios sobre evidencia científica en terapias grupales, en los que se ha demostrado su efectividad como son en pacientes con esquizofrenia (50), personas con esclerosis múltiple (51)

Anexo 13: Europa visión Cero. (52)

Visión Cero es una iniciativa que se originó en Suecia, fundada por el gobierno sueco y la industria sueca, en 1995 y fue aprobada por su parlamento en 1997, esta iniciativa recoge el conocimiento y la tecnología sobre la seguridad del tráfico en Suecia. Esta iniciativa es llevada a cabo por Business Sweden-The Swedish trade and Invest Council, cuyas oficinas están en más de 60 países, estando su sede central en Estocolmo, Suecia.

La idea de esta iniciativa está basada en el pensamiento sobre la seguridad vial de Suecia, su principal idea ***Ninguna pérdida de vida es aceptable***. De cara al futuro es conseguir que nadie fallezca ni tenga lesiones para toda la vida en las carreteras. Este enfoque es altamente exitoso, basándose en que como humanos que somos, cometemos errores, pero la responsabilidad debe ser compartida entre las personas que utilizan las carreteras y las personas que conforman el sistema de las mismas. Los vehículos deben adaptarse aún más a las condiciones de la persona.

Desde visión cero, ven el sistema de carreteras y transportes como un todo, en el que vehículos, carreteras, usuarios tienen que interactuar entre ellos garantizando la seguridad.

Las personas que configuran las carreteras y transportes: fabricantes, mantenimiento de carreteras, empresas de transporte, autoridades, policía, funcionarios...; son responsables de la seguridad.

El ciudadano tiene la responsabilidad de cumplir con las normas de circulación.

- Principales elementos que influyen en seguridad, según visión cero:
 1. Ética.
 2. Características de la persona.
 3. Responsabilidad.
 4. Acciones científicas.
 5. Relación entre sistema de carreteras y transporte.

1. Ética.

El principal principio ético es que "nadie debería morir ni sufrir lesiones para toda la vida en las carreteras." Solo se puede aceptar como número de fallecidos o heridos graves **Cero**.

2. Característica de la persona.

Los sistemas de carretera y transportes no se adaptan a la idea de que como humanos cometemos errores. No hay personas perfectas, es muy normal que errores sencillos cuesten vidas. Tendrán que tomarse medidas, asumiendo que habrá fallos, habrá accidentes, pero no con resultado de heridos graves.

3. Responsabilidad.

Asumiendo que las personas cometen errores, la mayor responsabilidad según recoge Visión Cero, recae sobre el sistema formado por policías, industria del motor, mantenimiento carreteras, políticos, legislación, transportes, servicios médicos, escuelas, organizaciones de seguridad vial...

Los usuarios deberán cumplir las normas.

4. Acciones científicas.

- Los vehículos y entornos de carretera deberán ser según las limitaciones del usuario.
- Adaptación de la violencia externa según tolerancia biológica del ser humano.
- Por ejemplo:
 - o A 30km/h la mayoría de las personas atropelladas sobreviven.
 - o A 50 km/h la mayoría de las personas atropelladas fallecen.
 - o A 65/70 km/h en una colisión frontal y 45-50 km/h colisión lateral, siempre y cuando lleven el cinturón puesto, si se trata de un automóvil seguro, protegerá a las personas.

Resultados.

El principal resultado en Suecia fue que las carreteras cambiaran. Barreras para dividir carriles, rotondas, velocidades en vías urbanas... este se debió principalmente a la creación en 2003 de la Dirección General de Tráfico, así como las aportaciones de la administración de transportes sueca, Trafikverket.

- Semáforos por rotondas.
Los semáforos reducen los accidentes, pero sigue habiéndolos y además con resultado de lesiones graves, por lo que desde la aplicación de este proyecto comienzan a sustituirse por rotondas, reconocen que puede que haya más accidentes, pero estos serán más leves.
- Carretera 2+1 con barrera divisoria.
Medida muy efectiva para evitar colisiones frontales.
- 30 km/h vías urbanas.
Fue de las primeras medidas de visión cero, 30km/h limite en zonas urbanas. Ya que los peatones pueden sobrevivir en caso de colisión.
- Limites velocidad y barreras.
Carretera con límite superior a 110km/h debe tener valla divisoria según visión cero.
- Vehículos seguros.
Programa europeo de pruebas de choque, Euro NCAP (53), con la participación de peritos suecos de la seguridad vial.
- Transportes seguros.
Administración de Carreteras sueca, comenzó a elaborar más medidas para garantizar la calidad en los transportes, con el fin de que sirviera para inspirar a las empresas que se dedican al transporte.
- Análisis OLA.
Análisis de los hallazgos, intenciones, hechos objetivos, soluciones... para poder realizar estudios exhaustivos sobre las causas más comunes de accidentes.
- Cinturones de seguridad con dispositivo recordatorio.
Este dispositivo incrementa el uso del cinturón de seguridad en casi el 100 % de los conductores.
- Alcolock. (54)
En EEUU., Suecia, y algunos otros países, los coches tienen instalados el sistema Alcolock, este dispositivo evita que un conductor ebrio conduzca. Obliga al conductor a soplar por una boquilla antes de arrancar, si ha bebido el coche no arranca.
- Radares señalizados.
Carreteras con control de límite de velocidad en función de la seguridad de la carretera. En el caso de que el conductor conduzca a más velocidad de la permitida, la seguridad de la carretera se elimina.
Los radares han demostrado ser un sistema de vigilancia efectivo, reduciendo el número de accidentes de tráfico y como prevención de la violación de los límites de velocidad.
- Casco en ciclistas.
Visión cero pone énfasis en que las carreteras y transportes deberán realizarse en función de los que soporte el cuerpo humano. Los ciclistas tienen un riesgo muy grande respecto a lesiones graves, ya que están desprotegidos, la mayoría de las lesiones graves se producen en la cabeza, pudiéndose evitar con un casco.

Desde el año 2.005 es obligatorio para todos los niños hasta los 15 años cuando vayan en bicicleta, con el fin de que se convierta en un hábito que continúe a lo largo de su vida.

- Seguridad vial y ambiente laboral.

Durante el trabajo o durante los trayectos del trabajo a casa y viceversa, se producen muchos accidentes.

La oficina de Entono Laboral y la Administración de carreteras sueca colaboran de manera conjunta con el fin de disminuir las lesiones de tráfico durante el trabajo.

Medidas futuras.

Visión cero, reconoce que ha habido muchos cambios y la seguridad vial en Suecia ha mejorado, pero no es suficiente, es solo el principio.

- Legislación.

La legislación actual responsabiliza al usuario respecto a la seguridad, Visión cero indica que debe haber cambios en la legislación ya que la responsabilidad debe ser entre quien conforma los sistemas y el usuario.

- Metas en calidad de carreteras y transportes.

En el año 2002, entro en marcha el programa Euro RAP, (55) de valoración de carreteras, (European Road Assessment Programme.), evalúa la seguridad en las carreteras. Se evalúan y marcan con distintas estrellas diferentes tramos de carretera, de tal modo que el conductor que conduzca por un tramo seguro, con su cinturón de seguridad puesto, velocidad indicada y sobrio, deberá viajar seguro.

- Estándar de seguridad vial.

Visión cero propone la creación de un modelo estándar al igual que lo hay en otros ámbitos, fomentando un sistema seguro de carreteras y transportes.

- Seguridad= movilidad.

Muchas veces se considera que las medidas de seguridad vial limitan la movilidad, la accesibilidad, desde Visión Cero, quieren demostrar que la seguridad facilita la movilidad.

Anexo 14. Asociación DIA. (57)

La Asociación Dia es una entidad social, creada en el año 2003, como recurso integral, a víctimas de accidentes, a su entorno y a los profesionales que tratan directamente con las víctimas.

Formada por un equipo multidisciplinar, compuesto por profesionales del: Trabajo Social, Psicología, Derecho, Sociología, Fisioterapia, Medicina...

Este equipo multidisciplinar tiene tres niveles de atención: Telefónico, online y presencial.

Esta asociación presta ayuda y asesoramiento a cualquier víctima o familiar, de accidente de: tráfico, salud, laboral, deportivo, escolar, domestico, por infraestructuras, animales..., es decir, cualquier accidente en el que se pueda ver afectada la salud física, mental o el bienestar familiar, social o económico.

- Asistencia social: Información de ayudas o prestaciones, asistencia y acompañamiento, asistencia a menores de edad, Programa de Inclusión Laboral (PIL), para personas con discapacidad, elaboración de informes periciales sociales...
- Asesoramiento legal: Información, asesoramiento legal independiente y gratuito, seguimiento del caso, si la víctima lo solicita, se le facilitara asistencia jurídica y reivindicación de mejora de los derechos de las víctimas.
- Asistencia psicológica: Tratamiento de trastornos psicológicos, asesoramiento para el control de emociones, resolución de situaciones difíciles, terapia psicológicas familiares o individuales presenciales, elaboración de informes periciales psicológicos.

En el años 2012, Asociación Dia, crea Fundtrafic, ONG sin ánimo de lucro, con un enfoque social. Desarrollan programas para mejorar el entorno de familias, empleados, así como de la sociedad en su conjunto.

- Kidstrafic: Seguridad vial infantil para colegios, jornadas de respeto a la diversidad, educación financiera, cursos prevención de accidentes para jóvenes y precarné,
- Vialtrafic: Conducción segura para directivos y comerciales, formación virtual y teórica en prevención de accidentes, consulta y formación en movilidad.
- Caretrafic: Gestión de crisis con víctimas, comunicación de malas noticias, atención psicosocial, ayuda a la reincorporación laboral después de un hecho traumático.
- Integratrafic: Adaptación de espacios, orientación sobre accesibilidad y derechos, asesoramiento Ley LISMI. (Ley de Integración social del minusválido.)
Community trafic: Intermediarios entre empresas, instituciones y organismos públicos, apoyo en campañas de sensibilización y firmantes de la carta Europea de la Seguridad Vial. (68)

Anexo 15. Guía de atención al duelo. (65)

Guía creada para facilitar la información y los tramites de defunción del paciente, a las familias y acompañantes. Diseñada dentro del Plan de Personalización de la atención en centros sanitarios del Sistema Público Madrileño, por la Dirección General de Coordinación de la Atención al ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

El objetivo de esta guía es mejorar la atención y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades que puedan tener, los familiares y allegados de las víctimas.

Está compuesta de una carpeta con diversos documentos tales como:

- o Carta de condolencias.
- o Certificado Médico de defunción.
- o Indicaciones del hospital para saber dónde acudir.
- o Listado de funerarias.
- o Listado de tanatorios.

Además, se desarrollan diferentes actuaciones que complementan la guía del duelo, con el fin de, facilitar los trámites con las funerarias, si los familiares carecen de recursos para traslado del difunto, ayudar en la toma de contacto con instancias religiosas según haya manifestado el fallecido, en caso de extranjeros se coordinara con la embajada de su país.

Anexo 16. Embajadas y consulados. (67)

PAÍS	DIRECCIÓN	PAÍS	DIRECCIÓN
Afganistán	P. de la Castellana, 114, 5-1 Madrid 28046 Teléfono: 91 721 85 81	Albania	C/ María de Molina, 64 - 5º B Madrid 20006 Teléfono: 91 562 69 85
Alemania	C/ Fortuny 8 Madrid 28010 Teléfono: 91 557 90 00	Andorra	C/ Alcalá, 73 Madrid 28009 Teléfono: 91 431 74 53
Angola	Calle de Lagasca, 88 Madrid 28001 Teléfono: 91 435 61 66	Arabia Saudí	Doctor Álvarez Sierra, 3 Madrid 28033 Teléfono: 91 383 43 00
Argelia	Gral. Oraá, 12 Madrid 28006 Teléfono: 91 562 97 05	Argentina	Serrano 90, 6º y 7º Madrid 28001 Teléfono: 91 771 05 00
Armenia	Mayor, nº 81 Entr. Dcha. Madrid 28013 Teléfono: 91 542 26 27	Australia	P. de la Castellana, 259, pta24 Madrid 28046 Teléfono: 91 353 66 00
Austria	Pº Castellana, 91, 9º Madrid 28046 Teléfono: 91 556 53 15	Azerbaiyán	Ronda de Avutarda 38 Madrid 28043 Teléfono: 91 759 60 10
Bangladesh	Calle Manuel Marañón, 13 Madrid 28043 Teléfono: 91 401 99 32	Bélgica	P. de la Castellana, 18 - 61 Madrid 28046 Teléfono: 91 577 63 00
Belice	Talavera, 9 Madrid 28223 Teléfono: 91 352 04 19	Bolivia	Velázquez, 26, 3er piso Madrid 28001 Teléfono: 91 578 08 35
Bosnia y Herzegovina	Lagasca 24, 2º Madrid 28001 Teléfono: 91 575 08 70	Brasil	Fernando el Santo, 6 Madrid 28010 Teléfono: 91 700 46 50
Bulgaria	Santa Mª Magdalena, 15 Madrid 28016 Teléfono: 91 345 57 61	Cabo Verde	Capitán Haya, 51, 4º - Hab. 8 Madrid 28020 Teléfono: 91 570 25 68
Camerún	Rosario Pino, 3 Madrid 28020 Teléfono: 91 571 11 60	Canadá	P. de la Castellana 259 D Madrid 28046 Teléfono: 91 382 84 00
Chile	Lagasca, 88 - 6º Madrid 28001 Teléfono: 91 431 91 60	China	Arturo Soria, 113 Madrid 28043 Teléfono: 91 519 42 42
Chipre	P. Castellana, nº 45, 4ª planta Madrid 28046 Teléfono: 91 578 31 14	Colombia	General Martínez Campos, 48 Madrid 28010 Teléfono: 91 700 47 70
R. D. Congo	Paseo de la Castellana, 255, 1 C Madrid 28046 Teléfono: 91 733 26 47	Corea Sur	González Amigo, 15 Madrid 28033 Teléfono: 91 353 20 00
Costa Marfil	Serrano, 154 Madrid 28006 Teléfono: 91 562 69 16	Costa Rica	Pº Castellana, 164, 17-A Madrid 280046 Teléfono: 91 345 96 22

Croacia	Claudio Coello, 78-2º Madrid 28001 Teléfono: 91 577 68 81	Cuba	Paseo de la Habana, 194 Madrid 28036 Teléfono: 91 359 25 00
Dinamarca	Serrano 26, 7º Madrid 28001 Teléfono: 91 431 84 45	Ecuador	Velázquez, 114 2º Derecha Madrid 28006 Teléfono: 91 562 72 15
Egipto	Velázquez, 69 Madrid 28006 Teléfono: 91 577 63 08	El Salvador	P. de la Castellana 178, 1º D Madrid 28046 Teléfono: 91 561 25 24
E. Árabes	Hernández de Tejada, 7 Madrid 28027 Teléfono: 91 570 10 01	Eslovaquia	Pinar, 20 Madrid 28006 Teléfono: 91 590 38 61
EE. UU.	Serrano, 75 Madrid 28006 Teléfono: 91 587 22 00	Estonia	Claudio Coello, 91 1º dcha. Madrid 28006 Teléfono: 91 426 16 71
Filipinas	Eresma, 2 Madrid 28002 Teléfono: 91 782 38 30	Francia	Salustiano Olózaga, 9 Madrid 28001 Teléfono: 91 423 89 00
Gabón	Francisco Alcántara, 3 Madrid 28002 Teléfono: 91 413 82 11	Gambia	Claudio Coello, 28, 2ºD Madrid 28001 Teléfono: 91 436 17 92
Georgia	Plaza de las Cortes, 4 - 5º dcha. Madrid 28014 Teléfono: 91 429 01 55	Ghana	Capitán Haya, 38 - 10º A Madrid 28020 Teléfono: 91 567 04 40
Grecia	Doctor Arce, 24 Madrid 28002 Teléfono: 91 564 46 53	Guatemala	Rafael Salgado, 3 Madrid 28036 Teléfono: 91 344 03 47
G. Ecuatorial	Avenida Pío XII, N.º 14 Madrid 28016 Teléfono: 91 353 21 69	Haití	Marqués del Duero nº 3, 1º Madrid 28001 Teléfono: 91 575 26 24
Países Bajos	Paseo de la Castellana, 259-D 36 Madrid 28046 Teléfono: 91 353 75 00	Honduras	Rafael Calvo, 15, 6º B Madrid 28010 Teléfono: 91 702 51 63
Hungría	Ángel de Diego Roldán, 21 Madrid 28016 Teléfono: 91 413 70 11	India	Avda. Pío XII, 30 y 32 Madrid 28016 Teléfono: 91 309 8870
Indonesia	Agastia, 65 Madrid 28043 Teléfono: 91 413 02 94	Irán	Jerez, 5 Madrid 28016 Teléfono: 91 345 01 12
Iraq	Ronda de Sobradiel, 67 Madrid 28043 Teléfono: 91 759 12 82	Irlanda	Pº de la Castellana, 46 - 4º Madrid 28046 Teléfono: 91 436 40 93
Israel	Velázquez, 150 7º. Madrid 28002 Teléfono: 91 782 95 00	Italia	Lagasca, 98 Madrid 28006 Teléfono: 91 210 69 10
Japón	c/ Serrano, 109 Madrid 28006 Teléfono: 91 590 76 00	Jordania	Pº Gral. Martínez Campos, 41 Madrid 28010 Teléfono: 91 319 11 00

Kazajstán	Sotillo nº10 Madrid 28043 Teléfono: 91 721 62 90	Kenia	Jorge Juan, 9 - 3º dcha. Madrid 28001 Teléfono: 917 81 20 00
Kuwait	Avda. Miraflores 61, P. de Hierro Madrid 28035 Teléfono: 913 86 96 66	Letonia	Alfonso XII, 52, 1. Madrid 28014 Teléfono: 91 369 13 62
Líbano	Pº Castellana, 178 - 3º izda. Madrid 28046 Teléfono: 91 345 13 68	Liberia	Calle Orense, 18- 1º H Madrid 28020 Teléfono: 915564288
Libia	Comandante Franco, nº 32 Madrid 28016 Teléfono: 91 563 57 53	Liechtenstein	Núñez de Balboa, 35-7º Madrid 28001 Teléfono: 91 436 39 60
Lituania	Pisuerga, 5 Madrid 28002 Teléfono: 91 310 20 75	Luxemburgo	Claudio Coello, 78 - 1º Madrid 28001 Teléfono: 91 435 91 64
Malasia	Pº Castellana, 91 - 10ª Planta Madrid 28046 Teléfono: 91 555 0684	Mali	53 Rue Hoche Bagnolet 93170 Grance Teléfono: +(33)1 55 82 08 38
Malta	Pº de la Castellana, 45- 6º dcha Madrid 28046 Teléfono: 91 391 30 61	Marruecos	Serrano, 179 Madrid 28002 Teléfono: 91 563 10 90
Mauritania	Piedralaves, 4 Madrid 28027 Teléfono: 915 75 70 06	Méjico	Carrera de San Jerónimo, 46 Madrid 28014 Teléfono: 91 369 28 14
Moldavia	Paseo de la Castellana 178, 5ºD Madrid 28046 Teléfono: 91 827 95 00	Mónaco	Villanueva, 12 - entreplanta A Madrid 28001 Teléfono: 91 578 20 48
Montenegro	Calle Velázquez, 109-4º D Madrid 28002 Teléfono: 91 577 28 23	Mozambique	Calle Velázquez, 109-4º D Madrid 28002 Teléfono: 915 77 96 82
Namibia	Rue Boileau, 42 Paris 75016 Teléfono: 01.44.17.32.65	Namibia	Rue Boileau, 42 Paris 75016 Teléfono: 01.44.17.32.65
Nepal	Córsega, 299 sobre ático Barcelona 8008 Teléfono: 93 452 63 60	Nicaragua	P. de la Castellana, 127 - 1º B Madrid 28046 Teléfono: 91 555 55 10
Nigeria	C/ Segre 23 Madrid 28002 Teléfono: 915630911	Noruega	Calle Serrano 26 Madrid 28001 Teléfono: 91 436 38 40
N. Zelanda	Pinar, 7-3º Madrid 28006 Teléfono: 91 523 02 26	Omán	Avda. Card. Herrera Oria, 138 Madrid 28034 Teléfono: 91 736 44 45
Pakistán	Calle Pedro de Valdivia,16 Madrid 28006 Teléfono: 91 345 89 95	Panamá	Claudio Coello, 86, 1º Madrid 28006 Teléfono: 91 576 50 01
Paraguay	Eduardo Dato, 21 - 4º izda. Madrid 28001 Teléfono: 91 308 27 46	Perú	Príncipe de Vergara, 36 Madrid 28001 Teléfono: 91 431 42 42

Polonia	Guisando, 23 bis Madrid 28035 Teléfono: 91 316 13 65	Portugal	Pinar, 1 Madrid 28006 Teléfono: 91 782 49 60
Puerto Rico	Serrano 75 Madrid 28006 Teléfono: 91 587 22 00	Qatar	P. de la Castellana, 15, 5ª Plta Madrid 28046 Teléfono: 91 310 69 26
Reino Unido	Fernando el Santo, 16 Madrid 28010 Teléfono: 91 319 02.00	R. Checa	Avda. Pío XII, 22-24 Madrid 28016 Teléfono: 91 353 18 80
R.de Guinea	Hermosilla, nº 57, Bajo D Madrid 28001 Teléfono: 91 435 29 28	R. Dominicana	Pº Castellana, 30 Madrid 28046 Teléfono: 91 431 53 95
Rumania	Av. Alfonso XIII 157 Madrid 28016 Teléfono: 91 350 1881	Rusia	Velázquez, 155 Madrid 28002 Teléfono: 91 562 22 64
Senegal	Príncipe de Vergara, 90 - 1º A y B Madrid 28006 Teléfono: 91 564 28 48	Serbia	Velázquez, 162 Madrid 28002 Teléfono: 91 563 50 45
Seychelles	Monte Esquinza, 30 Madrid 28016 Teléfono: 91 319.51.89	Singapur	Avenida de Bruselas 28 Madrid 28108 Teléfono: 91 490 07 50
Siria	Plaza Platerías Martínez, 1 Madrid 28014 Teléfono: 91 420 16 02	Sudáfrica	Claudio Coello, 91 - 6º y 7º Madrid 28006 Teléfono: 91 436 37 80
Suecia	Caracas, 25 Madrid 28010 Teléfono: 91 702 20 00	Suiza	Núñez de Balboa, 35 - 7º Madrid 28001 Teléfono: 91 436 39 60
Tailandia	Joaquín Costa, 29 Madrid 28002 Teléfono: 91 563 29 03	Túnez	Avda. Alfonso XIII, 64-66-68 Madrid 28016 Teléfono: 91 447 35 08
Turquía	Rafael Calvo, 18-2º A/B Madrid 28010 Teléfono: 91 319 81 11	Ucrania	Ronda de Abubilla, 52 Madrid 28043 Teléfono: 91 748 93 60
Uruguay	Paseo del Pintor Rosales, 32-1ºD Madrid 28008 Teléfono: 91 542 80 38	Uzbekistán	P. de la Castellana, 45, 4º dcha. Madrid 28046 Teléfono: 91 310 16 39
Venezuela	Capitán Haya, 1 - pl. 13 Madrid 28020 Teléfono: 91 598 12 00	Vietnam	Avenida de Alfonso XIII, 54 Madrid 28016 Teléfono: 91 510 28 67
Yemen	Embajada en Madrid Madrid 28046 Teléfono: 91 411 99 50		

Anexo 17: Consentimiento informado.

Las autorizaciones para llevar a cabo las entrevistas quedan documentadas, firmadas y archivadas, bajo la custodia de la Universidad Pontificia Comillas en el trabajo original y en formato papel, según la siguiente plantilla.

Título del estudio: Acogida Hospitalaria de familiares de víctimas de accidente de tráfico. Trabajo Fin de Grado. Madrid.

Investigador principal-coordinador de estudio: Mercedes Lahera Arévalo

e-mail: laheramercedes@hotmail.com

Centro: Universidad Pontificia Comillas. Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.

El control de cada participante sobre sus datos personales se garantizará ateniéndose a los derechos Arco (acceso, rectificación, cancelación y oposición), contemplados en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter Personal.

Yo (nombre y apellidos del participante) declaro que he leído la parte correspondiente a mi colaboración en el citado estudio.

Se me ha entregado una copia de mi participación y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.

Se me han explicado las características y el objetivo del estudio.

Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirar este consentimiento en cualquier momento de la actividad, por cualquier razón, y sin tener que ofrecer ninguna explicación.

Doy/ No doy mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha _____ Firma del participante _____

Fecha _____ Firma del investigador -----

Anexo 18: Consentimiento tutores TFG.

Por la presente:

Ana Sofia Fernandes Ribeiro, como Coordinadora de la Asignatura Trabajo Fin de Grado, y en comunicación con Julio César de la Torre Montero, Coordinador de Investigación y director del presente estudio, autorizo a Mercedes Lahera Arévalo a realizar entrevistas a profesionales expertos dentro del campo de actuación en el marco del trabajo titulado, "Acogida hospitalaria a familiares de víctimas de accidentes de tráfico".

En Ciempozuelos, a 10 de abril, de 2017.

Firmado

Ana Sofia Fernandes Ribeiro



Firmado

Julio César de la Torre Montero




Comisión de Investigación
Escuela Universitaria de Enfermería
y Fisioterapia "San Juan de Dios".
Universidad Pontificia Comillas
Fecha 10 abril 2017