



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Notificación de muerte en el área de urgencias médicas:**

**Un registro conductual a través del protocolo GRIEV\_ING**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**Fernando Mancera Gutiérrez**

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez

REVISOR: Dr. Juan José Sánchez Sosa

CIUDAD DE MÉXICO

2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## Agradecimientos

A las mujeres pilares de mi vida, ejemplos de disciplina, responsabilidad y compromiso. A quién me ha permitido esta experiencia humana y por ser ejemplo de constante amor a DIOS, gracias madre Araceli. A mi primera maestra, Laura Betzaira Mancera, hermana y colega. A mis abuelas ejemplos de saber estar consigo, entereza, autonomía y sabiduría. A mi tía Lety por amarnos.

A mis padres y tíos Mancera, este cierre de ciclo es representación de su inteligencia heredada, gracias por mostrarme que no hay pérdidas sino transformaciones, gracias por mostrarme que todo sufrimiento deviene en palanca de desarrollo. Su ejemplo me alienta por mucho a superarles, me alienta a reconocer en la familia las más altas pruebas sobre la psicología de una persona con el objetivo de poder trabajarlas en favor de comunicación y unión.

A mis padres Gutiérrez: Tío Rafael, gracias por su ejemplo temerario, disciplina y trabajo constante, gracias por mostrarme lo importante que es trabajar para uno mismo. Tío Carlos porque a través de usted recorrí riqueza cultural de mi México, muchas gracias tío, cada lugar lo llevo en mi corazón como a usted también.

A J.M.M.S. por darme ejemplo de amor. Gracias padre.

A mis primos Mancera por trabajar en ser ejemplo desde el amor, desde el servicio.

A mis primas Gutiérrez por no ser excepción de magnificencia femenina, ejemplos de inteligencia, trabajo y autonomía, las quiero.

A mi primo Luis por ser ejemplo de riesgo, valentía y coraje.

A mi primo Carlos porque siempre tienes una gran pregunta que hacer y, por las buenas charlas que eso desencadena.

A mi primo Rafael por ser un Campeón en el deporte y gran arquitecto profesional, por todo el admirable esfuerzo que eso conlleva y el ejemplo que para mí eres, te quiero mucho.

A mi primo Mauricio por compartirme de tu ojo taurino, tus triunfos y el mal trago de las derrotas, disfruto el descubrirnos amigos hombres a lo largo de cada etapa de la vida, te quiero mucho.

Al Dr. Landa y al Dr. Sánchez por su inefable confianza que me nutre y me motiva a dar lo mejor de mí, muchas gracias Doctores, que su compromiso ético y humano siga generando conocimiento desde la psicología basada en la evidencia, que hace de nuestra ciencia un espacio de enriquecedor diálogo interdisciplinario a la altura de los actuales desafíos internacionales. Larga vida a su trabajo y mi amplio agradecimiento por esta invaluable oportunidad.

Al Dr. Moreno, por hacer del silencio y escucha psicoanalítica espacio de reconocimiento, aceptación y amor.

A mis amigos Alejandro, Daniel, Luis y Carazo por ser aliados universitarios, por ser colegas, por ser amigos, por estar, muchas gracias a cada uno por brindarme de ustedes, por nutrirme y por las inolvidables experiencias.

A mis amigos Ricardo y Ángel por demostrarnos que la distancia no es impedimento para recordarnos, para querernos.

A Esme, Nadia y Lalo por ser guías abiertas a compartir el conocimiento, celebro su deseo de ver crecer al otro, al equipo y al proyecto, porque esto los hace grandes y valiosos universitarios, muchas gracias.

A Juan Murillo, por ser un ejemplo de universitario, por tu deseo de ser excelente, por tu vocación de servir, muchas gracias amigo.

A las colombianas por darme ejemplo de que el amor no conoce fronteras, ante el terremoto acontecido en CDMX, muchas gracias por su entrega y entregada vocación expresa.

A todas aquellas y aquellos que me han acompañado y que la consciencia podría parecer injusta al no evocarles, también gracias.

## Índice

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Capítulo 1.- Transición Epidemiológica y el Inicio de la Psicología de la Salud.....	7
1.2.- La Crisis del Modelo Biomédico .....	12
1.3 Modelo Biopsicosocial y el Desarrollo de Nuevas Disciplinas .....	15
Capítulo 2.- Notificación de Muerte en Urgencias Médicas.....	19
2.1 Efectos de la Notificación de Muerte en la Persona que la Recibe y en el Médico .....	20
2.2 Esfuerzos por Mejorar la Notificación de Muerte en Urgencias Médicas .....	21
2.3 Otras Áreas Médicas que Han reportado sobre Notificación de Muerte.....	26
2.4 Planteamiento del Problema.....	27
2.4.1Pregunta de Investigación.....	28
Método .....	28
Diseño de Investigación .....	28
Participantes .....	29
Instrumento.....	30
Procedimiento.....	34
Análisis de Datos.....	36
Resultados.....	36
Discusión.....	42
Referencias.....	50
Anexos .....	60

## Resumen

El objetivo de este estudio fue describir con base en el protocolo GRIEV\_ING las habilidades y pasos que llevan a cabo los médicos residentes y adscritos de urgencias médicas, cuando realizan una notificación de muerte dentro de su servicio. Se realizó un estudio observacional del registro conductual de las respuestas que los médicos llevaron a cabo durante la notificación real de muerte. En total se obtuvieron 30 observaciones en las cuales participaron 16 médicos del servicio. Los principales resultados indican que, del total de respuestas correctas, de acuerdo con el protocolo GRIEV\_ING, los médicos realizaron únicamente 39% de estas conductas. Las principales habilidades que realizaron correspondieron con evitar el uso de términos médicos, decir claramente que falleció el paciente y evitar eufemismos. Los comportamientos menos frecuentes fueron, hablar sobre la donación de órganos, la pertinencia de las autopsias y comprobar el entendimiento de la información por parte del familiar. Además, 97% de las notificaciones se llevaron a cabo en el pasillo o sala de espera (a pesar de que se recomienda internacionalmente no hacerlo en esta área) y la duración de la notificación fue de dos minutos. Las respuestas emocionales más comunes de los familiares fueron, llanto (70%) y crisis emocional (10%) que en promedio duraron 13 minutos. Se discuten las virtudes y limitaciones de este estudio.

Palabras clave: Medicina de urgencias; Notificación de muerte; Malas noticias; Registro observacional; GRIEV\_ING; Relación médico-paciente

### **Abstract**

The objective of this study was to describe based on the GRIEV\_ING protocol the skills and steps carried out by resident physicians and those assigned to medical emergencies, when they make a death notification within their service. Was conducted an observational study of the behavioral record of the responses that the doctors carried out during at real death notification. In total 30 observations were obtained in which 16 doctors from the service participated. The main results indicate that, of the total of correct answers, in accordance with GRIEV\_ING protocol, the doctors only perform 39% of this behaviours. The main skills they performed corresponded to avoiding the use of medical terms, saying clearly that the patient died and avoiding euphemisms. The less frequent behaviors were, talking about organ donation, the relevance of the autopsies and checking the understanding of the information by the family member. In addition, 97% of notifications were given in the corridor or waiting room (although it is internationally recommended not to do so in this area) and the duration of the notification was two minutes. The most common emotional responses of the family were, crying (70%) and emotional crisis (10%) that on average lasted 13 minutes. The virtues and limitations of this study are discussed.

Palabras clave: Emergency medicine; Death notification; Bad news; Observational registry; GRIEV\_ING; Physician-patient relationship

## Capítulo 1.- Transición Epidemiológica y el Inicio de la Psicología de la Salud

La Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en Alma-Ata en 1978 fue el evento internacional de política de salud más importante de esa década, organizada por la Organización Mundial de la Salud, usó el lema “Salud para todos en el año 2000”. Promovió el modelo de atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud para todos los individuos del mundo; esto porque se abordó la desigualdad en la calidad de la salud de las personas, entre países desarrollados y subdesarrollados, reconociendo a la salud como un derecho esencial para un desarrollo económico y social sustentable. Se entendió que la salud es aquel estado de total bienestar físico, social y mental y no simplemente la falta de enfermedades o malestares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978).

Sin embargo, para llegar a esta concepción actual de salud, es pertinente abordar esfuerzos previos que permiten mirar por qué y cómo se llegó a esta definición. Una forma de explicarlo es a través de lo que Omran (1971) definió como “transición epidemiológica”, en donde se reconocen los cambios complejos en patrones de salud y enfermedad en relación con agentes patógenos y sus respectivas determinantes y consecuencias demográficas, económicas y sociológicas. Para llegar a estas conclusiones observó datos de diferentes ciudades que le permitieron generar tres modelos de transición epidemiológica a los cuales nombró modelo “clásico” representado por Inglaterra, Gales y Suiza; “acelerado” representado por Japón y “contemporáneo” representado por Chile y Ceylon. Es amplia la evidencia citada que documenta esta transición en la cual, enfermedades degenerativas y las creadas por el hombre han desplazado a las pandemias de infección como la primera causa de morbilidad y mortalidad.



Este giro marcado por la mortalidad permitió a Omran (1971) generar cinco propuestas que comprenden los mecanismos que subyacen y dan sentido a la transición epidemiológica:

Primera proposición: La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de las poblaciones. Los primeros agrupamientos humanos eran reducidos y se caracterizaban por ser poblaciones jóvenes debido a su alta tasa de mortalidad. Con el paso del tiempo, el desarrollo tecnológico y los avances en medicina permitieron el incremento del tamaño y distribución de la población sobre todo en Latinoamérica, África y Asia, por lo que la tasa de mortalidad se disminuyó.

Segunda proposición: Los patrones de mortalidad y las enfermedades, se vieron influenciados en un primer momento por la generación de pandemias infecciosas que se vieron desplazadas en un proceso gradual y a largo plazo por enfermedades degenerativas y creadas por el hombre, siendo las principales formas de morbilidad y la primera causa de muerte en la actualidad (Caldwell, 2001). Omran (1971) distingue tres estados sucesivos de las enfermedades:

- La era de la peste y la hambruna, donde la esperanza de vida oscilaba entre los 20 y 40 años. A mitad del siglo XVII tres cuartas partes de todas las muertes fueron atribuidas por infección, mal nutrición y en el caso de mujeres, complicaciones con el parto. Muertes por enfermedad cardiovascular y cáncer, fueron responsables de menos del seis por ciento.
- La era de las pandemias en retroceso. Hubo una disminución en la temporalidad en que se presentaba la mortalidad, es decir, el hombre tuvo oportunidad de incrementar hasta un cinco por ciento su esperanza de vida, esto es de 30 a 50 años.

- La era de las enfermedades degenerativas y “creadas por el hombre”, la mortalidad continuó disminuyendo y eventualmente se mantuvo estable en niveles bajos. El promedio de la esperanza de vida y los nacimientos aumentaron gradualmente hasta exceder los 50 años. La fertilidad se convirtió en un factor crucial para el crecimiento de la población. Las causas principales de muerte son enfermedades cardiovasculares o el cáncer.

Inglaterra y Gales a inicios de la década de 1920, son un ejemplo de la transición clásica, ya que disminuyeron las enfermedades por infección e incrementó el número de muertes por cáncer y por enfermedad cardiovascular. Después de la I Guerra Mundial la reducción de enfermedades por infección es más notoria y desde 1945 el incremento de muerte por enfermedad cardiovascular es marcado, un ejemplo es Japón y en naciones en vías de desarrollo la transición por enfermedades infecciosas aún no concluye.

Los determinantes de la transición de enfermedades infecciosas a degenerativas no son simples de definir; sin embargo, son tres factores los que Omran (1971) distingue como los que propiciaron la transición:

- Ecobiológico: indica el complejo balance entre enfermedades y el nivel de hostilidad que hay en el ambiente y la resistencia del huésped. Estos factores no están específicamente categorizados. Un ejemplo de ello es la incompreensión de la causa de la recesión de la plaga en todo Europa a finales del siglo XVII, muchas otras pandemias en Europa no fueron documentadas por el progreso de la medicina y se desconoce el porqué de su extinción.
- Socioeconómico, político y cultural, incluyendo estándares de vida, hábitos de salud, higiene y nutrición, son factores de mayor influencia en ciudades del oeste por encima de influencias de diseño médico.

- Determinantes médicos y de salud pública son medidas preventivas y curativas usadas para combatir enfermedades, incluyen la mejora de medidas públicas de sanidad, inmunización y el desarrollo de terapias específicas. Factores médicos y de salud pública jugaron un papel tardío en la Transición del Oeste, pero tienen una influencia temprana en la transición “acelerada y contemporánea”.

La reducción de mortalidad en Europa y en ciudades occidentales durante el siglo XIX, descrita por el “modelo clásico” de transición epidemiológica, fue determinada principalmente por factores ecobiológicos y socioeconómicos. La influencia de factores médicos fue inadvertida hasta el siglo XX, al tiempo de que las pandemias por infección se redujeron significativamente. Por ejemplo, en ciudades Afroasiáticas, ha impactado la tecnología médica sobre la mortalidad derivado de programas de salud pública. Esto hace parecer que la transición en las ahora ciudades desarrolladas fue determinada por factores sociales, mientras que la transición en ciudades en vías de desarrollo está siendo influenciada por tecnología médica.

Tercera proposición: Los avances en salud y la lucha contra las enfermedades, generaron un mayor beneficio sobre poblaciones vulnerables como niños y mujeres en edad reproductiva, lo que permitió disminuir el índice de mortalidad y aumentar la esperanza de vida. Los riesgos de muerte en edades post-reproductivas en mujeres son menores, sin embargo, tienen mayor probabilidad de morir durante la adolescencia y edades reproductivas, sobre todo en países subdesarrollados.

Cuarta proposición: Como se puede observar, la transición epidemiológica ha impactado en las transiciones demográficas y socioeconómicas que acompañan el proceso de modernización de las sociedades. El aumento en la esperanza de vida tiene repercusiones en los procesos de trabajo y productividad con personas adultas capaces de laborar, así como un

mayor volumen de niños que tienen mayor certeza y seguridad de llegar a edades adultas para ejercer su capacidad laboral. Esto a su vez ha propiciado que los nacimientos disminuyan debido a la extensión en esperanza de vida de cada naciente y a la responsabilidad económica que eso representa a cada familia.

Quinta proposición: variaciones en el patrón, el paso, los determinantes y las consecuencias de los cambios poblacionales distinguen tres modelos básicos de la transición epidemiológica:

- **Modelo clásico:** los factores económicos fueron determinantes en la transición clásica, estos fueron quienes impulsaron la revolución sanitaria al final del siglo XIX y el progreso médico y en salud pública de inicios del siglo XX. El crecimiento exponencial de la población y el sostenido desarrollo económico fueron mayormente correlacionados con una baja en la tendencia de la mortalidad durante la primera década del nuevo siglo. En la última fase de la transición clásica, esto es, segunda y tercera década de 1900, las enfermedades degenerativas y las “creadas por el hombre” desplazaron a las enfermedades por infección como líderes de mortalidad y morbilidad.
- **Modelo Acelerado:** Refleja una transición acelerada en tasa de mortalidad por enfermedades degenerativas mayormente en Japón. Muchas de las ciudades que transitaban por este modelo comenzaban un lento proceso de modernización en desarrollo sanitario y avances médicos. En estas ciudades las aspiraciones individuales y nacionales favorecieron el control sobre el incremento del índice de población a través de una intensa motivación en la necesidad de índices bajos de fertilidad.

- **Modelo Contemporáneo o Retardado:** Se refiere a la transición en la que nos encontramos y la que está aún por ser completada en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Las medidas sobre salud pública han jugado un papel decisivo para el crecimiento de la población, siendo exitosa la manipulación de la mortalidad en bajo nivel, acompañado a su vez de niveles sustanciales de fertilidad. Al respecto de esta fase, Armelagos, Brown y Turner (2005) sugieren que, hay una reemergencia de las enfermedades por infección ante la resistencia de los antibióticos y ante las enfermedades que se han arrastrado a lo largo de más de 10 mil años que no se han logrado erradicar, como bacterias tipo tifo y salmonella.

Como se puede observar, la transición epidemiológica está estrechamente relacionada con la causa e índice de mortalidad, morbilidad y fertilidad; con sus respectivos determinantes ecobiológicos, socioeconómicos, médicos y de salud pública (Caldwell, 2001). La primera gran transición, es decir, las enfermedades por bacterias y virus, fue producto del asentamiento del hombre nómada en territorios para el cultivo de la tierra (Armelagos et al., 2005). Este primer contacto con enfermedades por agentes patógenos ha sido un primer gran reto que ha enfrentado el desarrollo evolutivo y, la construcción y comprensión de la medicina.

### **1.2.- La Crisis del Modelo Biomédico**

En un primer momento fue el modelo biomédico (Engel, 1977), la primera línea de comprensión al abordar una enfermedad desde sus causas, diagnóstico y tratamiento; pese a que Omran, (1971) advierte que la influencia médica y su desarrollo tecnológico pasaron inadvertidos hasta el siglo XX y que dentro de las causas que redujeron las enfermedades por infección fueron mayormente ecobiológicas y socioeconómicas; el modelo biomédico se

impuso, dominó y generó dogmatismo alrededor de él, mirándolo como única vía válida para abordar una enfermedad.

La crisis del modelo biomédico comenzó desde la psiquiatría, ya que de manera lógica se puede inferir que, desde el principio, una enfermedad se definió en términos de parámetros somáticos. Y fue hasta un seminario sobre el concepto de salud, en la Fundación Rockefeller, cuando una autoridad en medicina instó por no perder de vista los factores psicosociológicos (Engel, 1977).

La psiquiatría se estaba limitando en abordar desórdenes como problemas de vida, reacciones sociales, desórdenes de carácter, síndromes de dependencia, depresión existencial y varias otras condiciones producidas principalmente por variables psicosociales (Papadimitriou, 2017). El modelo biomédico llevaba a la psiquiatría a la extinción por prestar suma atención a las causas naturales de la enfermedad, como disfunciones biológicas en el cerebro, bioquímicas o neurofisiológicas, situaciones que hoy en día evalúa y trata un neurólogo.

El modelo biomédico se rige por la biología molecular como disciplina base, asume que la enfermedad es totalmente acontecida por variables somáticas. No deja espacio para la dimensión social, psicológica y conductual de una enfermedad. Incluso demanda que las aberraciones conductuales sean explicadas sobre la base somática del desorden. Esto es desencadenado de la doctrina filosófica que separa la mente del cuerpo, cayendo en un reduccionismo que asume que el lenguaje de la química como el de la física son suficientes para explicar fenómenos biológicos. La iglesia ha jugado un papel preponderante enarbolando este dualismo y promovió que la ciencia clásica concibiera al cuerpo como máquina y a la enfermedad como consecuencia de un corto circuito en ésta; y al doctor como a quien repara la máquina (Shafati & Zahedi, 2016).

Es así, como el modelo biomédico se ha convertido en imperativo, ofrece dos rutas para abordar conducta y enfermedad. El *reduccionismo* que dicta que cualquier fenómeno conductual de enfermedad debe ser abordado en términos fisicoquímicos. Y el *exclusionismo*, el cual dice que cualquier fenómeno que no sea comprendido o explicado por el modelo debe ser excluido de la categoría de enfermedad (Alonso, 2004).

El reduccionismo concede que algunos disturbios conductuales pertenezcan al espectro de enfermedades; categorizándolas como enfermedades mentales y designa aquí a la psiquiatría como la disciplina médica relevante. El exclusionismo aborda a las enfermedades mentales como mitos y eliminaría a la psiquiatría de la medicina (Alonso, 2004).

En todas las sociedades ancianas y modernas los criterios para identificar enfermedades han sido siempre conductuales, psicológicos y sociales; estos constituyen los datos primarios sobre los cuales están basados los primeros juicios de orden para identificar si alguien está enfermo o no. En un contexto con marcada desigualdad social, carente de infraestructura en salud pública, agua contaminada, uso de pesticidas que afectan gravemente la salud y significativamente la producción de comida. Aunado a que los segmentos más pobres de la población están expuestos a enfermedades infecciosas, hace que el incremento de enfermedades crónico-degenerativas en poblaciones de clase media y específicamente en estratos muy pobres, como en México y Brasil sea acelerado. (Armelagos et al., 2005).

En esta tendencia de daño al ambiente y a la salud; y el acelerado desarrollo urbano que para el 2030 alcanzará al 60% de la población mundial (Armelagos et al., 2005). En este crecimiento exponencial de la población, la dinámica compleja de las sociedades y el mismo desarrollo médico ha hecho imprescindible hacer un giro en la lente de comprensión al momento de abordar una enfermedad (Havelka, Lucanin, & Lucanin, 2009).

### **1.3 Modelo Biopsicosocial y el Desarrollo de Nuevas Disciplinas**

Dentro de este contexto, es que a la OMS en congruencia con su actual definición de salud, abordada al inicio de este capítulo, surge la necesidad de comprender las enfermedades físicas y mentales, no sólo desde un modelo biomédico sino con la inclusión de componentes psicológicos y sociales que acompañan a cualquier enfermedad (Goldstein, 2000; Harpham, Burton y Blue, 2001; Omran, 1971) y que atraen la necesidad de una comprensión más amplia ante el reduccionismo de un modelo plenamente biomédico (Adler, 2009).

Las enfermedades hoy en día necesitan de una relación basada en la confianza y en la comprensión de quién la padece, es decir, cómo la vive el paciente, cómo le afecta y cómo afecta a quiénes le acompañan, esto es un modelo biopsicosocial. Lo anterior requiere que la relación médico-paciente, haga uso de técnicas y habilidades psicológicas durante el diagnóstico y tratamiento con el fin de conocer cómo los factores experienciales y la vulnerabilidad que subyace a la enfermedad pueden influir en el desarrollo de ésta (Shafati & Zahedi, 2016). Se pretende que el médico genere confianza en su paciente e influya en su modificación conductual para dirigirlo hacia conductas que promuevan su salud aunado a que los efectos psicológicos modifican la forma en que la enfermedad es experimentada, influyendo, en parte, en los procesos bioquímicos y psicofisiológicos implicados de la enfermedad (Kaba & Sooriakumaran, 2007; Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004).

Por tanto, el modelo biomédico se mira rebasado, sin embargo, pese a los cuarenta años en que Engel, (1977) formuló el modelo biopsicosocial, se observa aún una brecha que, el mismo autor refería heredada por el dogmatismo biológico, que al seguir centrados en él se atenta contra el debido cuidado a la salud, es decir con diagnósticos e intervenciones inadecuados e incompletos y con el inadecuado fomento, factor que se nota incluso en los programas curriculares que están orientados predominantemente bajo los preceptos del modelo biomédico (Papadimitriou, 2017).



Por ello, para proveer una base de entendimiento sobre los determinantes de enfermedad y desarrollar tratamientos racionales y patrones en el cuidado de la salud, es necesario que el modelo médico tome en cuenta el contexto social del paciente y su sistema de creencias sobre los efectos disruptivos de la enfermedad, este debiera ser el rol del médico y del sistema de salud (Álvarez, Pagani, & Meucci, 2012; Roter, 2010; Borrell-Carrió, Suchman, y Epstein, 2004).

Este cambio de modelo en el abordaje de una enfermedad permitió a la psicología influir en el área de la salud a partir del desarrollo de la División 38 en 1978, nombrada *Psicología de la Salud*, para el entendimiento de la salud y enfermedad a través de investigación básica y clínica (Society for Health Psychology (Division 38), s/f; Suls & Rothman, 2004; Smith & Suls, 2004). En esa misma época, emergió la *Medicina conductual*, que se concibe como una red de trabajo que combina medicina y psicología e integra conocimiento biológico, conductual y de ciencias sociales, relevantes para el área de la salud. Los médicos conductuales son investigadores y clínicos que hacen uso del análisis y la terapia conductual, para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar (Álvarez, Pagani, & Meucci, 2012; Keefe, 2011; Agras, 1982; Schwartz & Weiss, 1978).

Las aportaciones de la medicina conductual han estado enfocadas hacia el rol que juega la conducta en enfermedades degenerativas, como lo son las cardiovasculares y el cáncer, éstas han demandado el uso de técnicas de modificación conductual y biofeedback; las cuales también han influido de manera exitosa en dolor crónico, epilepsia, escoliosis, cifosis, enfermedad de Raynaud, entre otras (Keefe, 2011; von Leupoldt, Fritzsche, Trueba, Meuret, & Ritz, 2012).

La medicina conductual ha dejado claro el costo-beneficio que tiene enfocarse en el estilo de vida, la medicación y el cuidado usual de un paciente, por ejemplo, con diabetes tipo

2, o con VIH, o bien un paciente neurótico, psicótico, deprimido, ansioso o con dependencia a sustancias nocivas (King, 2014). Esto ha generado la necesidad de que personal de salud sea capacitado en la consolidación de la alianza terapéutica a través de la generación de metas en común y la promoción de la escucha empática (Keefe, Buffington, Studts, & Rumble, 2002).

La participación de la tecnología en la medicina conductual, es decir, el uso de software en teléfonos inteligentes que generan registros útiles para el enfermo sobre su adherencia al tratamiento, o registros de retroalimentación biofísica, o bien el uso de la realidad virtual en diversos padecimientos son la tendencia del siglo XXI (Keefe et al., 2002).

Por su parte, una rama de la Psicología de la salud, la *Psico-Oncología* se pronunció por la exploración de las emociones de pacientes con cáncer y sus comorbilidades psicosociales y psiquiátricas, haciendo uso de investigación conductual para promover cambios en el estilo de vida que contribuyen a reducir factores de riesgo y mejorar en el control de sintomatología ansiosa, depresiva, delirio, dolor y fatiga; también interviene sobre secuelas psicológicas en sobrevivientes y procura manejo psicológico sobre etapa paliativa (Brier, Schwartz, & Kazak, 2015; Holland, 2002).

Como se refleja han sido amplias las aportaciones de la psicología en el área de la salud, sin embargo, un área poco explorada al respecto de las necesidades psicológicas que se presentan, donde la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual podrían bien colaborar, es el área de Urgencias Médicas.

La medicina de urgencias es la especialidad médica dedicada al diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión inesperada. No está definida por una locación, ya que podría ser practicada en variedad de escenarios, como unidades móviles o un desastre natural. («Definition of emergency medicine and the emergency physician. American College of

Emergency Physicians», 1986). El hecho de ingresar y permanecer en el área de urgencias médicas conlleva una alteración psicológica tanto para el paciente como para quién lo acompaña, este último reconocido por la literatura como Cuidador Primario Informal (CPI). La incertidumbre inmediata sobre el diagnóstico y pronóstico y la mediata sobre los próximos cuidados e implicaciones para el enfermo y quién lo cuida. O bien, la necesidad del personal de salud por notificar alguna maniobra de resucitación, de intubación o en el último de los casos la notificación de muerte; hacen del departamento de urgencias un espacio donde se trabaja bajo presión, estrés y con alta carga emocional para los implicados.

Dentro de este contexto es importante que el psicólogo, a través de tamizajes para la detección de las principales comorbilidades de las enfermedades degenerativas que, en mayor porcentaje, se refiere a sintomatología depresiva y ansiosa, están siendo poco detectadas por personal de salud en áreas de urgencias médicas, tanto en pacientes como en CPI (Boudreaux, Clark, & Camargo, 2008; Downey, Zun, & Burke, 2012; Perruche et al., 2011). Esto tiene efectos adversos en la adherencia, en el pronóstico de la enfermedad y en prontas rehospitalizaciones (Bonin-Guillaume et al., 2015; Lanièce et al., 2008). Por otro lado, complica la tarea del cuidador, quién podría reflejar un fenómeno llamado *sobrecarga* que atenta con la esfera biopsicosocial tanto del paciente como del CPI (van Beusekom, Bakhshi-Raiez, de Keizer, Dongelmans, & van der Schaaf, 2016; Galindo-Vazquez et al., 2015; Perrin et al., 2015).

Por ello es pertinente que el personal de salud del área de urgencias médicas sea capacitado en el desarrollo y/o consolidación de habilidades de comunicación, de escucha activa y el fomento de la empatía para generar un seguimiento a las respuestas fisiológicas, comportamentales, cognitivas y emocionales que la estancia de urgencias conlleva (Park, Gupta, Mandani, Haubner, & Peckler, 2010).

Dichos elementos se vuelven primordiales a la hora de notificar un mal diagnóstico, pronóstico y maniobras de resucitación o intubación. A su vez, la notificación de muerte es una tarea altamente identificada como estresante y que genera temor y dificultad en los médicos de urgencias (Hobgood, Harward, Newton, & Davis, 2005). El cómo se lleve a cabo por parte del médico tendrá efectos en el mismo (Cydulka & Korte, 2008), en quién la recibe (Merlevede et al., 2004; Wisten & Zingmark, 2007), y en la institución de salud.

En el siguiente capítulo se abordará a detallé qué se ha documentado al respecto de la notificación de muerte en urgencias médicas y qué se ha hecho para mejorar esta habilidad en los médicos.

## **Capítulo 2.- Notificación de Muerte en Urgencias Médicas**

Una mala noticia se define como: *“cualquier información probable de alterar drásticamente la visión del paciente sobre su futuro”* que *“trae como resultado un déficit emocional, comportamental y cognitivo, el cual persiste un tiempo después de haber recibido la noticia”* (Buckman, p. 1597, 1984; Ptacek & Eberhardt, 1996).

Dentro de las malas noticias, la notificación de muerte en el área de urgencias médicas es un evento altamente frecuente, y para el que menos preparados se perciben los médicos, esto genera temor para iniciar la conversación y temor ante las reacciones emocionales que podría desencadenar el familiar que recibe la notificación de muerte (Buckman, 1984; Olsen, Bueneffe, & Falco, 1998; Shoenberger, Yeghiazarian, Rios, & Henderson, 2013; Walthall & Hobgood, 2012).

Tan sólo en 2015, 38% (246,666 casos) de la mortalidad nacional que se reportó por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ocurrió en hospitales del sector público. Tomando en cuenta los índices de mortalidad reportados para el área de urgencias médicas de los Estados Unidos de Norteamérica en 2011 (0.1% de mortalidad) y de México

2014 (0.2%); se calcula que durante 2015 a nivel nacional en el área de urgencias hubo alrededor de 50,000 defunciones. En la Ciudad de México se calculan 1160 defunciones en áreas de urgencias (Landa-Ramírez, López-Gómez, Jiménez-Escobar, Sánchez-Sosa, 2017; Rodríguez, et al., 2004; “El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004”, 2006).

## **2.1 Efectos de la Notificación de Muerte en la Persona que la Recibe y en el Médico**

Al momento de notificar muerte, el familiar que recibe la noticia puede presentar una variedad de respuestas físicas y emocionales que pueden generar una crisis, sensaciones de pérdida del control, despersonalización (Roe, 2012). Si el personal de salud no da seguimiento a estas respuestas, el familiar tiende a percibir que fue tratado con poca sensibilidad, poca empatía, poca información respecto a causas-circunstancias y sensación de no haberse generado un verdadero interés hacia su persona por parte de los médicos (Merlevede et al., 2004; Wisten & Zingmark, 2007).

Es importante que los servicios de urgencias médicas estén bien organizados para dar seguimiento a estas reacciones de duelo y atención al mismo (Wisten & Zingmark, 2007) ya que se ha documentado que el familiar que recibe la noticia puede experimentar efectos adversos como depresión, ansiedad, pensamientos y/o conductas suicidas, abuso de sustancias, trastorno por estrés postraumático, e incluso se ha reportado que incrementan los riesgos de un paro cardíaco, de desarrollar cáncer y presión arterial alta (Shoenberger et al., 2013).

De igual forma, el médico se ve afectado ante la muerte de un paciente con sensaciones negativas como, haber fallado, decremento en efectividad, toma de malas decisiones, malestar psicológico, insomnio, fatiga, tristeza, decepción, frustración, estrés, culpa y burnout. Aunado a un ambiente que le exige atender y tratar varios pacientes a la vez,

trabajar bajo estrés intenso, tener una capacidad de decisión rápida, trabajar en equipo; situación que influye en la satisfacción del médico de urgencias sobre su carrera en el área y su relación con la probabilidad de desarrollar burnout (Shoenberger et al., 2013; Strote et al., 2011; Cydulka & Korte, 2008).

## **2.2 Esfuerzos por Mejorar la Notificación de Muerte en Urgencias Médicas**

Muchos médicos reconocen, que a pesar de la alta frecuencia con la cual dan malas noticias, no recibieron entrenamientos formales para hacerlo y, por ende, muchos de ellos no encontraron una forma adecuada para dar la notificación de muerte. Un gran problema es que la falta de entrenamiento formal puede llevar al médico a adoptar formas inapropiadas para notificar la noticia y un nulo afrontamiento de la emoción negativa de quién es notificado (Fallowfield & Jenkins, 2004; Strote et al., 2011).

Debido a lo anterior, en la década de 1980 se crearon los primeros esfuerzos por generar recomendaciones sobre cómo notificar muerte en urgencias médicas, en ese tiempo las recomendaciones provenían de publicaciones basadas en opiniones del personal de salud en el área y se enfocaban principalmente en las sensaciones, pensamientos y miedos que experimentan los médicos de urgencias al enfrentarse a una notificación de muerte (Buckman, 1984).

Ya en la década de 1990, Schmidt, Norton, y Tolle (1992) describieron un programa enfocado a residentes de urgencia médicas, con una duración de dos horas y de dos horas y media, en el que se abordó una presentación breve de habilidades, observaron videos de notificación familiar, llevaron a cabo juego de roles a través de tres escenarios de notificación de muerte con voluntarios que fungieron como sobrevivientes. Al finalizar la sesión se hizo un resumen con fines de retroalimentar al residente. A través de reporte verbal los médicos se percibieron con mayor confianza para afrontar estos eventos.

De igual forma en esta misma década, la Universidad de Oregon desarrolló un programa a residentes de urgencias médicas con dos horas de duración, en el que se incluyeron sugerencias acerca de técnicas efectivas de comunicación. Los residentes fueron divididos en dos grupos, donde alternaron tanto para observar como para participar en el juego de roles, mismo que constó de tres escenarios, en cada uno se abordó una muerte repentina e inesperada. Se incluyó dentro de los escenarios una muerte pediátrica por atropellamiento de coche, y también se les entrenó en dar una notificación vía telefónica. Todos los residentes tuvieron la oportunidad de participar de forma activa al menos una vez. Al final se promovió que todos los residentes expresaran sus sentimientos acerca del ejercicio. No hubo evaluaciones formales, pero se sugirió que hubo aprendizaje de nuevas técnicas para impartir la notificación de muerte, lo que los llevó a extender su programa educativo a paramédicos. Es importante resaltar que no se especificó el tamaño de muestra ni cómo fueron seleccionados los participantes (Harrahill, 1997).

Por otro lado, en residentes del departamento de urgencias médicas, en la Universidad de Illinois, Chicago, se llevó a cabo una sesión con el objetivo de instruir a residentes de urgencias médicas en cómo notificar una muerte pediátrica. Se abordaron cuatro ejemplos de muerte pediátrica y una discusión con padres cuyos hijos fallecieron en urgencias médicas, en la que se enfatizó la necesidad de comunicación con los padres durante la resucitación, así como la necesidad de un ambiente y espacio más privado y tranquilo al momento de notificar. Al término de la sesión los residentes de urgencias médicas reportaron verbalmente mayor preparación y sensibilidad ante las respuestas emocionales en la notificación de una muerte pediátrica en urgencias. No se reportó el número de participantes ni la manera en que fueron seleccionados (Hart y Ahrens, 1998).

Las décadas previamente abordadas constituyeron esfuerzos de experiencias profesionales clínicas e institucionales con la generación de programas para el entrenamiento

y discusión de una notificación de muerte, sin embargo, se pueden identificar varias limitaciones, no se generaron mediciones de los efectos de cada entrenamiento sobre una notificación de muerte real, tampoco se hicieron mediciones previas para identificar cómo los residentes impartían la noticia, no reportaron la cantidad de participantes ni la manera en que fueron seleccionados y se omitió información clara sobre los criterios de inclusión y exclusión (Landa-Ramírez et al., 2017).

Entrando el Siglo XXI, en el departamento de urgencias de la Escuela Universitaria de Medicina Emory en Atlanta, se llevó a cabo un estudio prospectivo observacional con el objetivo de determinar la competencia en notificar efectiva y empáticamente una muerte. A través de mediciones pre-post, se evaluó el efecto de un programa de entrenamiento sobre notificación de muerte en 16 residentes que fueron divididos en ocho posgraduados del primer año y ocho posgraduados del segundo año. El módulo tomó tres horas y se abordó: 1) una hora de revisión de pasos ampliamente aceptados para la notificación de muerte, 2) una hora de discusión con sobrevivientes reales y 3) una hora entre dos pacientes estandarizados (una muerte pediátrica y una de adulto). Los pacientes estandarizados recibieron curso por tres horas, seis de ellos fueron actores y tres líderes en el campo sobre el cuidado del duelo. Las evaluaciones las emitían miembros facultados, el residente y el paciente estandarizado. Se observó un incremento de forma significativa, posterior al entrenamiento, en la confianza de los residentes ante la tarea, en forma de opinión consideraron como útil o muy útil el entrenamiento para dar malas noticias; hubo disparidad entre los residentes, personal médico y pacientes simulados, para identificar si los residentes ya podían dar noticias de muerte reales (Quest et al., 2002).

Benenson & Pollack (2003), realizaron un estudio en el departamento de urgencias del Hospital de York, Pensilvania, obtuvieron 327 evaluaciones de 70 residentes de urgencias



médicas durante 1994-2000. Los residentes recibieron entrenamiento y después fueron directamente observados y evaluados por jueces previamente entrenados. El entrenamiento consistió en 60 minutos de presentación didáctica que incluía reacciones normales y anormales de duelo, factores de riesgo que prolongarían el duelo, factores culturales, daño sobre quién recibe la notificación y cómo presentar la notificación; y 10 minutos simulando un escenario de notificación de muerte en el que se llevó a cabo juego de roles representando la muerte inesperada de un hombre de edad media, con su esposa cómo sobreviviente. Los evaluadores fueron entrenados a través de una presentación didáctica sobre notificación de muerte y respecto al manejo del instrumento de evaluación, además de tres videos en los que se representaba una notificación excelente, otra satisfactoria y una última insatisfactoria. Observaron que sólo el cinco por ciento puntuó de forma insatisfactoria sobre el instrumento de seis reactivos de presencia o ausencia de conductas esperadas por el residente que notifica, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre el grupo graduado y posgraduado respecto a una escala que va de insatisfactorio-satisfactorio-excelente. Siendo mayormente eficaces en las conductas esperadas los residentes de 3er año (R3) que los residentes de 2do (R2). Una limitación importante de este estudio es que no se contó con grupo control.

Otro estudio que se realizó con 20 residentes del departamento de urgencias médicas de la escuela de medicina de la Universidad de Carolina del Norte llevó a cabo un diseño preexperimental con mediciones pre, post y seguimiento; las mediciones se realizaron a través del Instrumento de Competencia GRIEV\_ING (nemotecnia por sus siglas en inglés), con el objetivo de evaluar el módulo de enseñanza (entrenamiento) basado en la misma nemotecnia que, tiene como objetivo impactar en la confianza, competencia y comunicación empática de los residentes de urgencias médicas ante la notificación de muerte.

El entrenamiento consistió en dos horas distribuidas en cinco actividades, las cuales se describen a continuación: 1) Introducción, la cual manifiesta las razones del entrenamiento, los objetivos de éste y presenta habilidades de comunicación empática. 2) Discusión, se organiza a los residentes en grupos y se les pide discutan cuatro preguntas de forma honesta y abierta, las cuáles tienen que ver con experiencias personales de muerte y pérdida, con sondear qué saben sobre notificar muerte, si consideran una falla personal no lograr la resucitación de un paciente, y si se han sentido inútiles, poco empoderados y faltos de confianza al notificar muerte. 3) Presentación de los 28 pasos GRIEV\_ING para su descripción y aprendizaje. 4) A través de juego de roles entre pares, los residentes aplican los pasos GRIEV\_ING. 5) Aplicación de los pasos GRIEV\_ING con un paciente simulado estandarizado. Fue a través de este entrenamiento y con la evaluación a través del *Instrumento de Competencia GRIEV\_ING*, que los autores concluyeron que hubo incremento en la sensación de confianza y competencia de los residentes de forma estadísticamente significativa en la post evaluación y en el seguimiento (Hobgood, Harward, Newton y Davis, 2005; Hobgood, 2005; Landa-Ramírez, et al., 2017).

Otro estudio prospectivo observacional con mediciones post, fue llevado a cabo por la Universidad de Florida del Sur por Park et al. en 2010, se interesó por mejorar a través del acrónimo SPIKES (**S**et the stage: preparar el escenario; **P**erception: determinar el nivel de conocimiento; **I**nform: indicar cronológicamente los eventos que llevaron a la muerte del paciente; **K**nowledge: contestar las preguntas de quién recibe la noticia; **E**mphaty: validar emociones and **S**ummarize: resumir la información, otorgar tarjeta de contacto, terminar la discusión) la percepción de competencia, confianza y el desarrollo de la empatía y compasión al notificar malas noticias en 14 residentes de urgencias médicas. A través de tres sesiones de cinco horas cada una, en la primera sesión se introdujo por medio de lecturas y videos el protocolo, la comunicación empática, compasiva y la escucha reflexiva. En la

segunda sesión se llevó a cabo juego de roles de tres escenarios posibles entre los residentes; y en la tercera sesión notificaron a un sobreviviente simulado de tres casos posibles. Por último, los residentes calificaron el entrenamiento como útil y lo mayormente útil fue la notificación con el paciente ficticio.

### **2.3 Otras Áreas Médicas que Han Reportado sobre Notificación de Muerte**

Pediatría ha sido un área que también se ha pronunciado por entrenar a su personal de salud en habilidades de comunicación en torno a una muerte. Reed, et al. (2015), hicieron uso de la intervención educativa: “Protocolo de notificación de muerte GRIEV\_ING” con el fin de entrenar en esta tarea a residentes del primer año de pediatría; posterior al entrenamiento se encontraron mejoras significativas, sin embargo, no de manera perfecta en cuanto a las habilidades de comunicación. Cabe destacar que este es el primer estudio en pediatría que se desarrolla sobre la notificación de muerte usando protocolo GRIEV\_ING.

En otro estudio realizado en perinatología se reportó, quién notificó la muerte del infante a los familiares, y con qué redes de apoyo contaba el familiar que recibió la noticia. Desarrollaron un estudio retrospectivo, con apoyo del correo invitaron a participar en el estudio a mujeres que habían sufrido muerte de su bebé posterior a las 20 semanas de gestación y también mujeres que sufrieron muerte de su infante, durante los primeros 28 días de vida. Encontraron que las mujeres mayormente afligidas fueron quienes no contaron con red de apoyo durante la notificación; esto a su vez está reconocido por la literatura como un fuerte predictor de inestabilidad emocional y un factor de riesgo clave para desarrollar depresión, trastorno por estrés postraumático y ansiedad (Gold, Treadwell, Mieras, & Laventhal, 2017).

La medicina oncológica, también se ha visto en la necesidad de desarrollar observaciones e investigaciones en la comunicación del médico con los pacientes, los

familiares y, la percepción de ambos sobre el proceso que tuvieron con su paciente respecto a la inminente muerte del mismo; y los factores que podrían influir en la manera en que se desarrolla el duelo posterior; esto ha generado la necesidad por capacitar en habilidades de comunicación al personal de salud en dicha área (Coyle et al., 2015; Mori et al., 2017; Mori, Morita, Igarashi, Shima, & Miyashita, 2018).

#### **2.4 Planteamiento del Problema**

En general es poco el conocimiento que se genera respecto cómo se está comunicando el personal de salud cuando hay un paciente próximo a morir, cuando se aborda la muerte con pacientes en etapa terminal, el mutuo entendimiento médico-paciente sobre metas en el cuidado al final de la vida, cuando hay que dar alguna mala noticia, o cuando se notifica muerte. Los esfuerzos empíricos hasta ahora descritos han servido para sensibilizar a los residentes de urgencias respecto a la importancia del desarrollo de habilidades de comunicación en un contexto de malas noticias. Esto se ha logrado, en parte, a través de comentar entre médicos la muerte de un paciente, retroalimentarse con familiares que perdieron a un ser querido o bien, el desarrollo de simulaciones de notificación de muerte a través del juego de roles.

Un común denominador de los entrenamientos de notificación de muerte, previamente abordados, es que se llevaron a cabo en un escenario controlado y aunque reportaron datos de que estos entrenamientos en ambientes simulados podrían permitir la generalización de las habilidades aprendidas a notificaciones de muerte reales (Benenson & Pollack, 2003); también hay estudios que sugieren que la mayoría de los entrenamientos fomentaron las habilidades en ambientes simulados y no reportaron evidencia basada en datos sobre la generalización de dichas habilidades a ambientes reales, lo cual podría poner en cuestionamiento la aplicación de las habilidades al momento de una notificación de muerte real (Min, Spear-Ellinwood, Berman, Nisson, & Rhodes, 2016).

Derivado de la efectividad estadística reportada por el entrenamiento GRIEV\_ING para mejorar, la confianza, la competencia y la comunicación empática en médicos residentes de urgencias ante una notificación de muerte, y a que éste es reconocido por el Consejo de Acreditación de Educación Médica, ACGME por sus siglas en inglés (Hobgood, Harward, Newton, & Davis, 2005), organismo responsable de acreditar la mayoría de los programas de capacitación médica en los Estados Unidos (“Accreditation Council for Graduate Medical Education,” 2018). Es por lo que el presente estudio se planteó el objetivo de describir con base en GRIEV\_ING las habilidades y pasos que llevan a cabo los médicos residentes y adscritos de urgencias cuando realizan una notificación de muerte dentro de su servicio (no simulada). De igual forma, como objetivo específico se describirán las características principales de la notificación de muerte (tiempo en urgencias del paciente finado, lugares dónde se da la notificación de muerte, duración de la notificación, persona a quién se notificó, respuesta emocional de quién recibe la notificación de muerte y duración de la respuesta).

#### **2.4.1Pregunta de Investigación**

Por lo tanto, resulta pertinente preguntarse: ¿Cómo llevan a cabo la notificación de muerte los médicos de urgencias médicas, de un hospital de la Ciudad de México?

### **Método**

#### **Diseño de Investigación**

Acorde con el objetivo se utilizó un diseño no experimental con alcance exploratorio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), se decidió utilizar este diseño debido a lo poco abordado del tema tanto en el ámbito internacional como nacional y a la mínima evidencia que se registra al respecto de cómo notifican muerte los médicos en escenarios reales. Este diseño permitió identificar qué habilidades y pasos son emitidos u omitidos en la notificación de muerte.

## Participantes

Los participantes se obtuvieron a través de un muestreo no probabilístico accidental dentro del período de octubre de 2016 a marzo de 2018. Dieciséis (16) médicos adscritos y residentes del departamento de urgencias médicas del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" que, en dicho período, sumaron un total de 30 notificaciones de muerte ocurridas en área de Choque u Observación metabólica. Las principales características de los médicos que dieron las notificaciones son que, en su mayoría, quienes notificaron muerte fueron las mujeres (69% de la población observada), de igual forma la mayoría fue residente, con una edad promedio de 32 años y una (Desviación Estándar (DE=3)), con un promedio en años de experiencia en urgencias médicas de tres años (DE=2), sin embargo, para un mejor entendimiento de este dato se hace uso de la moda debido a que hay adscritos con cuatro, seis y ocho años de experiencia, situación que desvirtúa a la media, por tanto, se consideró la moda que fue de dos años (véase tabla 1).

Cabe señalar que ajeno a los objetivos de este estudio y anterior por seis meses al mismo, en las Instalaciones del Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González, a los adscritos y residentes de urgencias médicas les fue impartida una capacitación dirigida por el Dr. Edgar Landa, de acuerdo con el protocolo GRIEV\_ING (Hobgood, Woodyard, Sawning, & Savage, 2010). En este caso, los participantes de este estudio contaron con esta capacitación, situación que se aborda en la discusión.

Tabla 1

*Características Sociodemográficas de la Población Observada*

Número de médicos adscritos y residentes observados	16
Mujeres	11 (70%)
Mujeres residentes	8 (50%)
Mujeres adscritas	3 (19%)
Hombres	5 (30%)
Hombres residentes	3 (19%)
Hombres adscritos	2 (11%)
Edad promedio	$\bar{X}$ =32 años (DE= 3 años)
Años promedio de experiencia en urgencias	$\bar{X}$ =3 años (DE= 3 años), Moda=2 años
Solteros	12 (75%)
Católicos	15 (94%)

**Instrumento**

Se llevó a cabo un registro conductual por medio del Instrumento de Competencia GRIEV\_ING, el cual es una nemotecnia, conformada por 28 conductas divididas en nueve competencias que son representadas por cada letra que forma la nemotecnia. Se usó con el objetivo de evaluar de forma dicotómica (Sí realizó/No realizó) las 28 conductas (véase tabla 2), Hobgood (2005). A pesar de su uso, el instrumento no cuenta con propiedades

psicométricas, sin embargo, se decidió utilizarlo debido a que ha demostrado un alto grado de confiabilidad entre jueces entre el 0.76 y 0.99 (Hobgood et al., 2005) (véase Anexo 1). La calificación se da por medio de la suma de conductas emitidas por el médico y su porcentaje correspondiente.



Tabla 2

*Descripción de las 28 Conductas que Sugiere el Instrumento de Competencia GRIEV\_ING*

Nemotecnia	Palabra en inglés	Traducción en español	Conducta
G	“Gather”	“Reunir”	1. Se aseguró de que los familiares estén presentes antes de la notificación de muerte.
R	“Resources”	“Recursos”	2. Investigó acerca de los recursos de apoyo (servicios religiosos, legales, funerarios, trabajo social, familiares y amigos).
I	“Identify”	“Identificar”	3. Facilitó el acceso a los recursos de apoyo. 4. Mencionó claramente el nombre del paciente. 5. Se presentó a sí mismo. 6. Mencionó claramente su papel en el cuidado del paciente. 7. Determinó el nivel de información que poseían los familiares antes de su llegada al área de urgencias. 8. Presentó una introducción adecuada (evitó hablar con rodeos, de manera brusca sin dar aún la mala noticia). 9. Utilizó frases preparatorias para la mala noticia (lamento informarle que... me gustaría tener mejores noticias...).
E	“Educate”	“Educar”	10. Indicó claramente la cronología de los acontecimientos que llevaron a la muerte del paciente. 11. Indicó claramente la causa de la muerte de una manera fácil de entender. 12. Usó un lenguaje apropiado al contexto cultural y al nivel educativo del familiar. 13. Proporcionó un resumen de la información importante para asegurar que la noticia se entendió.
V	“Verify”	“Verificar”	14. Usó la frase “ha muerto” o “ha fallecido”. 15. Evitó usar eufemismos (como: “se ha ido”, “se nos adelantó”, “ya no está con nosotros”).
—	“Space”	“Espacio”	16. Evitó terminología médica o explicó claramente estos términos cuando se utilizaron. 17. Se mostró atento y sin prisas en su interacción con los familiares. 18. Hizo una pausa para permitir que la familia asimilara la información antes de discutir los detalles.
I	“Inquire”	“Preguntar”	19. Dio tiempo a los familiares para procesar la información, hacer preguntas o expresar inquietudes.

N <sup>a</sup>	“Nuts and Bolts”	“Información básica”	<p>20. Animó a los familiares para resumir la información importante y comprobar la comprensión.</p> <p>21. De forma inmediata y apropiada corrigió cualquier malentendido de los familiares.</p> <p>22. Explicó y proporcionó los siguientes detalles acerca de la atención post-mortem del paciente de forma respetuosa:</p> <p>22A. Donación de órganos.</p> <p>22B. La necesidad de una autopsia.</p> <p>22C. Arreglos funerarios.</p> <p>22D. Artículos personales.</p>
G	“Give”	“Dar”	<p>26. Se muestra accesible para responder a las futuras preguntas (dudas, inquietudes) de los familiares.</p> <p>27. Otorgó a los familiares información apropiada para ponerse en contacto con él en cualquier momento.</p> <p>28. Otorgó a los familiares información apropiada para ponerse en contacto con los servicios religiosos, legales, funerarios, trabajo social.</p>

**Nota.** La numeración es la que guarda el instrumento original desarrollado por Hobgood (2005).

<sup>a</sup>La competencia N (información básica) no sigue el orden de la seriación, sin embargo, posteriormente la seriación continua como si en este apartado la numeración no se hubiese expresado distinta.

## Procedimiento

Para realizar las observaciones, primeramente, se llevó a cabo un taller teórico-práctico dirigido por el Dr. Landa-Ramírez, Edgar, a estudiantes de maestría y licenciatura en psicología. Se abordó lo que son las malas noticias en el área de la salud, las implicaciones de éstas, tanto en el paciente, familiar, personal de salud e institución hospitalaria. También se describieron esfuerzos internacionales y nacionales que se han hecho al respecto de cómo notificar malas noticias y en específico la notificación de muerte en el área de urgencias.

La capacitación profundizó sobre el protocolo GRIEV\_ING, se explicó cada conducta sugerida por la nemotecnia y se desarrollaron tres juegos de roles estandarizados en los que participaron actrices profesionales fungiendo el rol del familiar notificado. Los juegos de roles forman parte del módulo de enseñanza en Protocolo GRIEV\_ING desarrollado por la Dra. Hobgood, (2005). Cabe señalar que también se recibió capacitación sobre cómo intervenir en crisis, mismas que se desprendieron de los juegos de roles mencionados.

Una vez concluida la capacitación, el estudio se llevó a cabo en el área de Urgencias del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", específicamente en el área de observación y choque, durante el turno matutino: de ocho a trece horas de lunes a viernes, con previas autorizaciones de las autoridades del hospital y del servicio de urgencias. Los participantes fueron seleccionados conforme se fueron dando las notificaciones en las áreas mencionadas, es decir, la selección fue no probabilística accidental.

Día a día en un periodo de octubre 2016 a marzo 2018, un psicólogo capacitado en GRIEV\_ING acudía desde la base del departamento de Psicología de Urgencias, coordinado por el Dr. Edgar Landa, al área de choque y de observaciones metabólicas, ambas áreas pertenecientes a urgencias médicas, con la intención de registrar pacientes con mayor pronóstico de muerte.

Una vez registrados los pacientes con pronóstico de muerte, el psicólogo, regresaba al cubículo del área de Psicología de urgencias del hospital para informar de la presencia o ausencia de pronóstico de muerte. Si había presencia de probable notificación de muerte, los psicólogos observadores organizaban guardias rotatorias de 10 minutos entre la llegada a la cama del paciente probable a morir y el retorno a la base de la coordinación.

Cuando se presentó el suceso de defunción o muerte, se preguntó al médico si podía ser acompañado por el equipo de psicología durante la notificación, de haber sido positiva su respuesta, inmediatamente el psicólogo acudía a su base de trabajo e informaba tanto la muerte como la decisión del médico, para entonces, regresar los tres psicólogos al lugar donde el médico notificó.

En total se contó con el apoyo de seis psicólogos para llevar a cabo las observaciones, ante cada notificación se organizaron en equipos de tres: dos psicólogos de licenciatura y un residente de maestría quienes acudían al punto dónde el médico notificó; durante la notificación los tres psicólogos estaban atentos y en silencio, posteriormente permanecieron cercanos a quién fue notificado, por si se presentaba la necesidad de acompañar, contener, intervenir en crisis o incluso por si se solicitaba apoyo de tipo operativo (contactar algún familiar vía celular o ante un trámite). Cabe señalar que fueron residentes de la maestría de Medicina conductual quienes, de haber contado con su presencia, ejercieron técnicas clínicas, por ejemplo: la escucha activa, la validación, el reflejo, la síntesis, las metas en común y el uso de técnicas de respiración que redujeron el probable desencadenamiento de crisis, para entonces continuar con el proceso administrativo ante una muerte (Yeager y Roberts, 2015).

Al finalizar alguna de las anteriores necesidades efecto de la notificación de muerte en quién la recibió, se procedió a registrar a manera de lista y en consenso con los observadores si el médico presentó o no cada una de las conductas sugeridas por el

Instrumento de Competencia GRIEV\_ING. El registro se resguardó en la coordinación de Psicología de Urgencias.

Cabe señalar que no en todas las observaciones de notificación de muerte fue posible contar con la participación de los tres observadores. Por lo que se obtuvieron 18 observaciones por un observador, nueve observaciones por dos personas y tres observaciones por tres personas. Esta situación representa una limitación de este estudio y se retomará en la discusión.

### **Análisis de Datos**

Se realizó un análisis descriptivo de la información que se obtuvo con el Instrumento de Competencia GRIEV\_ING a través de Microsoft Office, Excel 15.

### **Resultados**

Se contó con un total de 30 registros conductuales de notificación de muerte a través del Instrumento de Competencia GRIEV\_ING, para identificar si llevaron a cabo las conductas que propone el protocolo. De cada observación se sumaron las conductas emitidas, es decir, un total de conductas emitidas por observación. Esto permitió observar que los médicos adscritos y residentes de urgencias médicas, cumplieron en promedio con 13 conductas (46%); con una desviación estándar (DE)=5 conductas (17%). Esto quiere decir, 8 conductas a una desviación estándar a la izquierda y 18 conductas a una desviación estándar a la derecha. Sin embargo, la moda de 11 conductas (39%) puede ser un valor que mejor represente estos datos, ya que el valor máximo de conductas emitidas es 23 (82%) y el menor de dos conductas emitidas (7%). Esto sugiere que los datos son heterogéneos, su rango es amplio y por lo mismo la moda sería un mejor representante de éstos. (véase tabla 3).

Tabla 3

*Conductas GRIEV\_ING realizadas.*

Conductas	Porcentaje
$\bar{x}=13$ , (DE=5)	46%, (17%)
Moda=11	39%
Valor Mayor=23	82%
Valor Menor=2	7%

También se obtuvo la frecuencia total de cada conducta en torno a las 30 notificaciones (véase tabla 4).

Tabla 4

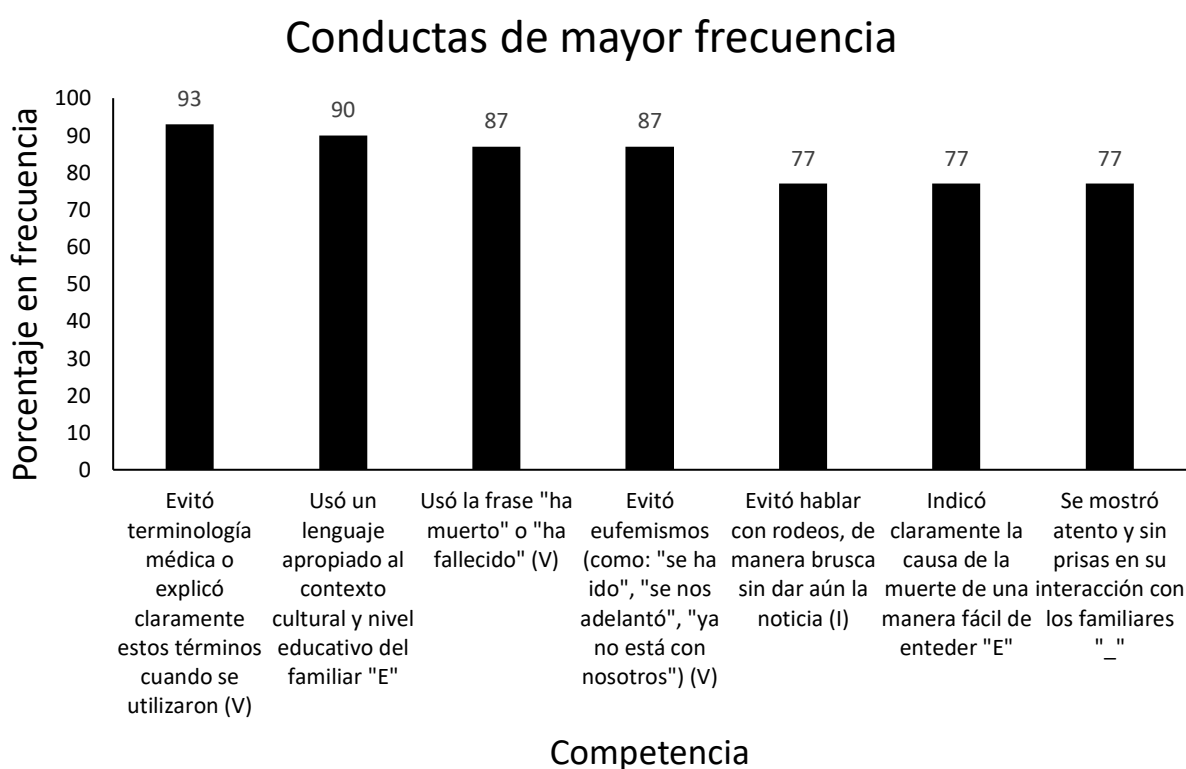
*Frecuencia Total por Conducta del Instrumento de Competencia GRIEV\_ING en las 30 Notificaciones de muerte.*

G	R	I	E	V	—	I	N	G
1) 10	2) 9	4) 7	10) 19	14) 26	17) 23	19) 13	22A) 0	26) 13
	3) 12	5) 16	11) 23	15) 26	18) 17	20) 2	22B) 2	27) 5
		6) 19	12) 27	16) 28		21) 6	22C) 3	28) 13
		7) 18	13) 16				22D) 2	
		8) 23						
		9) 16						

Como se puede observar en la tabla anterior, las conductas que se realizaron con mayor frecuencia por parte de los médicos adscritos y residentes de urgencias médicas son las siguientes: Pertencientes a la competencia *Verificar-V*: 16) “Evitó terminología médica o explicó claramente estos términos cuando se utilizaron” con 93%, 15) “Evitó usar eufemismos (como: “se ha ido”, “se nos adelantó”, “ya no está con nosotros”)” con 87% y 14) “Uso la frase “ha muerto” o “ha fallecido”” con 87%. En cuanto a la competencia *Educación-E* la conducta más frecuente fue: 12) “Usó un lenguaje apropiado al contexto cultural y al nivel educativo del familiar” con 90% y 11) “Indicó claramente la causa de la muerte de una manera fácil de entender” con 77%. Respecto a la competencia *Identificar-I*, la conducta más frecuente fue: 8) “Presentó una introducción adecuada (evitó hablar con rodeos, de manera brusca sin dar aún la mala noticia)” con 77%. Por último, referente a la competencia *Espacio* (\_\_\_), la conducta con mayor frecuencia fue: 17) “Se mostró atento y sin prisas en su interacción con los familiares” con 77% (véase gráfica 1).

Gráfica 1

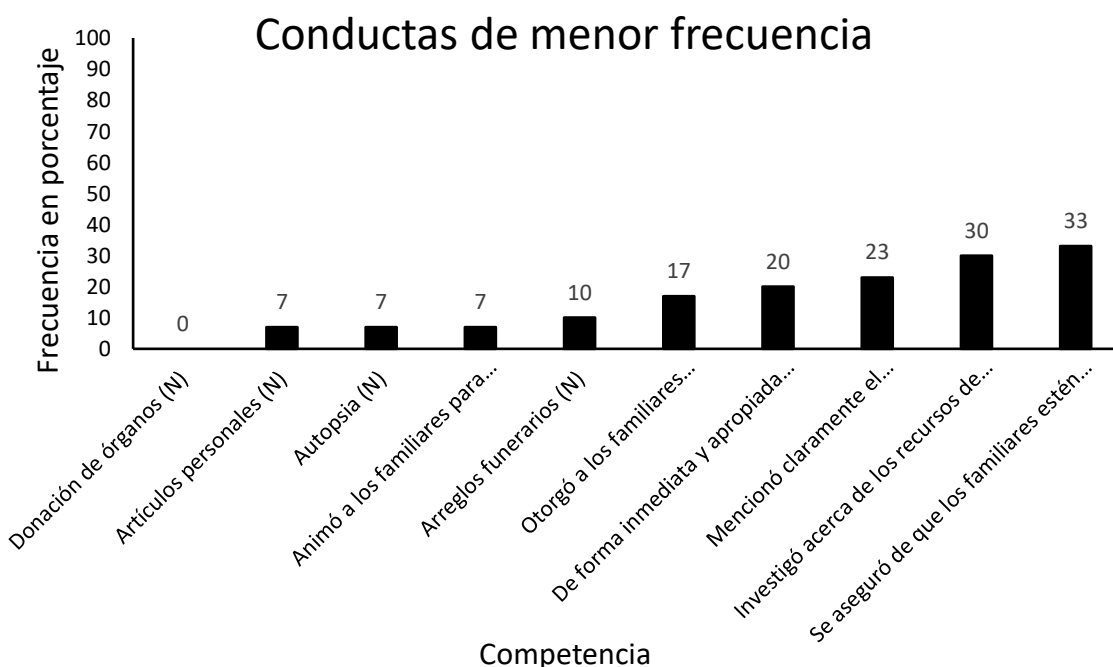
*Conductas del Instrumento de Competencia GRIEV\_ING con Mayor Frecuencia.*



Las conductas sugeridas por el protocolo GRIEV\_ING con menor frecuencia de emisión por parte de los médicos adscritos y residentes del área de urgencias, fueron: pertenecientes al apartado *Información básica*-N: 22A) “Donación de órganos” con 0%, 22B) “La necesidad de una *autopsia*” con 7%, 22D) “Artículos personales” con 7% y 22C) “Arreglos funerarios” con 10%. Referente a la competencia *Preguntar*-I, la conducta de menor frecuencia fue: 20) “Animó a los familiares para resumir la información importante y comprobar la comprensión” con 7% y 21) “De forma inmediata y apropiada corrigió cualquier malentendido de los familiares” con 20%. Respecto a la competencia *Dar*-G, la conducta de menor frecuencia fue: 27) “Otorgó a los familiares información apropiada para ponerse en contacto con él en cualquier otro momento” con 17%. Por otro lado, la competencia *Identificar*-I, respecto de la conducta 4) “Mencionó claramente el nombre del paciente” se presentó 23% de las veces y 2) “Investigó acerca de los recursos de apoyo (servicios religiosos, legales, funerarios, trabajo social, familiares y amigos)” 30%. De acuerdo con la competencia *Reunir*-G, 1) “Se aseguró de que los familiares estén presentes antes de la notificación de muerte” se presentó 33% (véase gráfica 2).

Gráfica 2

*Conductas del Instrumento de Competencia GRIEV\_ING con Menor Frecuencia de Realización.*

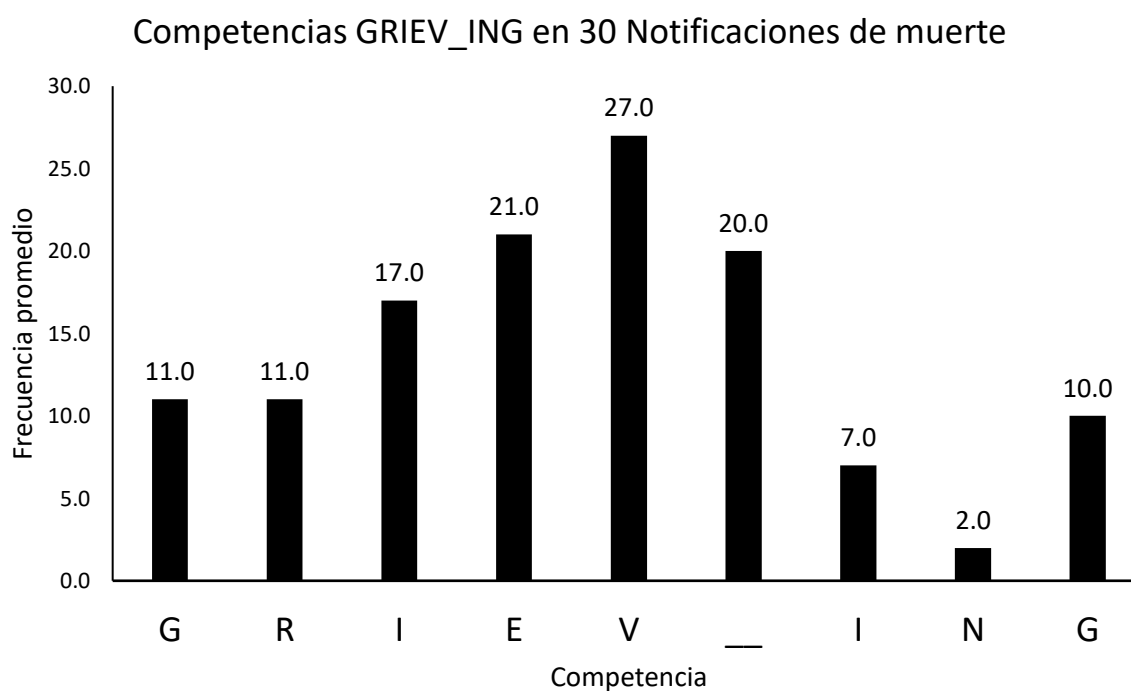




Otra forma que es plenamente ilustrativa, puesto que atenta con la manera correcta de presentar una gráfica de barras, esto es de forma ascendente o descendente. Sin embargo, al calcular el promedio de conductas emitidas por competencia, permite observar a manera de síntesis los resultados y es pedagógicamente más comprensible cómo notificaron muerte los 16 médicos adscritos y residentes de urgencias médicas en torno a las 30 observaciones (véase gráfica 3).

Gráfica 3

*Competencias GRIEV\_ING en 30 Notificaciones de Muerte*



En cuanto a las principales características de la notificación de muerte (véase tabla 5), se observó que el tiempo de estancia del paciente finado abarcó un amplio rango, arrojó como valor máximo 14 días de estancia y un valor mínimo de 15 minutos, la moda de estancia fue de un día.

Por otro lado, quiénes recibieron la notificación de muerte en su mayoría fueron mujeres (66%) dentro de las cuales el parentesco que más se repitió fue el de esposa e hija. El resto fueron hombres de parentesco hijos 34%.

Se puede notar que la notificación se llevó a cabo en la mayoría de las veces (97%) en áreas comunes del hospital, estos fueron principalmente pasillos y salas de espera del área de choque como de observación metabólica. Se obtuvo una moda respecto a la duración de la notificación de muerte de dos minutos y en el rango de uno a cinco minutos se registró el 83% de los casos observados.

Respecto a las reacciones emocionales por parte del familiar notificado se registró que el 70% de los casos tuvo presencia de llanto, 20% mantuvo la calma y sólo 10% cayó en crisis (llanto descontrolado, gritos, tendencia a resguardarse entre el piso y una pared). Estas respuestas emocionales tuvieron una media de duración de 13 minutos con una ( $DE=12.7$  minutos), sin embargo, el dato de mayor frecuencia fue 10' aunado a que hay dos casos con duración de treinta y uno de una hora, situación que desvía la media aritmética.

Tabla 5

*Características Principales de la Notificación de Muerte*

Característica	Cómo se presentó alrededor de las 30 Notificaciones de Muerte
Tiempo en urgencias del paciente finado	Moda: 1 día Valor máximo: 14 días Valor mínimo: 15' (minutos)
Lugares dónde se da la notificación de muerte	Pasillos y sala de espera: 97% (29 notificaciones) Área de choque: 3% (una notificación)
Duración de la notificación	Moda: 2' (minutos) $\bar{x}$ = 7' (DE= 14')
Persona a quién se notificó	Mujeres: 66% Esposas: 23%. Hijas: 23% Esposas e hijas: 20% Hombres (hijos): 34%
Respuesta emocional de quién recibe la notificación de muerte.	Llanto: 70% Mantuvo calma: 20% Crisis: 10%
Tiempo que dura la respuesta emocional	Moda: 10' $\bar{x}$ = 13' (DE= 12.7')

**Discusión**

El objetivo del presente estudio fue, describir con base en GRIEV\_ING las habilidades y pasos que llevan a cabo los médicos residentes y adscritos de urgencias médicas cuando realizan una notificación de muerte dentro de su servicio en el Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Al respecto se observó un porcentaje promedio de 13 conductas (46%), sin embargo, los datos son heterogéneos, por lo que un mejor descriptor de tendencia central es la moda de 11 conductas (39%). Este porcentaje respecto a lo que señala la literatura internacional no tiene comparación ya que las observaciones de este estudio fueron notificaciones de muerte real y las evaluaciones reportadas a médicos de urgencias respecto a cómo notifican muerte han sido a través de muertes simuladas por medio de juego de roles. Reed et al., (2015), obtuvieron un dato similar, generaron una línea base respecto a los 28 pasos de la nemotecnia con escenarios de notificación de muerte basados en el manual de entrenamiento de GRIEV\_ING, sus resultados fueron que 44 médicos residentes de pediatría, del Colegio de Medicina de la Universidad del estado de Ohio cumplieron, en promedio, con el 37% del total de las conductas del instrumento, llama mucho la atención que se hayan obtenido resultados muy similares a pesar de que los estudios se hayan realizado en lugares y poblaciones distintas. Este mismo estudio rescata la importancia de evaluar la notificación de muerte con la herramienta completa de GRIEV\_ING, ya que es limitada la evidencia sobre la validez, por lo que se sugiere trabajar en la operacionalización de las conductas involucradas en los pasos del instrumento.

Los resultados obtenidos por parte de Hobgood et al., (2005) muestran que, en promedio los médicos adscritos y residentes de urgencias realizaron 57% de pasos adecuados para dar la notificación de muerte antes de recibir el entrenamiento; posterior al mismo se observó un aumento estadísticamente significativo tanto en el post 65% como en la retención 68%.

Por otro lado, Benenson y Pollack, (2003), mencionan que posterior al entrenamiento, más de la mitad de su población notificó en escenarios simulados de forma excelente, y el restante lo hizo de forma satisfactoria, esto con observación interjueces, sin embargo, por la lógica de este estudio no se realizó una evaluación previa al entrenamiento que permitiera

evaluar el porcentaje de respuestas correctas de los residentes. Un punto importante por recalcar es que los tres estudios mencionados con anterioridad sugieren que de llevarse a cabo un adecuado entrenamiento a los médicos de urgencias sobre cómo dar la notificación de muerte, se podrían incrementar las habilidades para hacerlo en ámbitos controlados (Hobgood et al., 2005) e incluso en notificaciones reales (Benenson y Pollack, 2003).

Las habilidades que los médicos adscritos y residentes de urgencias del Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González presentaron con mayor frecuencia cuando transmitieron la notificación de muerte, fueron: las habilidades *E* “Educar”: Usó un lenguaje apropiado al contexto cultural y nivel educativo del familiar” e “indicó claramente la causa de la muerte de una manera fácil de entender”. También habilidades de *V-Verificar* como “evitó terminología médica o explicó claramente estos términos cuando se utilizaron”, “evitó eufemismos”, “usó la frase “ha muerto” o “ha fallecido””. Las frecuencias mayoritarias de estas habilidades (educar y verificar) son similares en el estudio realizado por Reed, et al., (2015), quienes a través de una confiabilidad por expertos, decidieron posterior a la aplicación del estudio, obtener una división de la escala GRIEV\_ING quedando de la siguiente manera: 1) *preparación*; 2) *notificación de la muerte* y 3) *recapitulación*. El mejor desempeño, por parte de los residentes en pediatría se presentó en la subescala de *notificar la muerte*, esta subescala está compuesta por las habilidades *E* (educar); *V* (verificar); “\_” (espacio) e *I* (Indagar, petición del médico a que el familiar resuma la información para evaluar la comprensión). Estos resultados coinciden principalmente con las competencias de *Educar* y *Verificar*, conductas mayormente frecuentes en los residentes de urgencias médicas de este estudio.

Tomando en cuenta que es poca la capacitación en el personal de salud sobre la relación médico-paciente (Roter, 2010; Ball & Lillis, 2001), de igual forma, es poco el entrenamiento sobre cómo notificar malas noticias (Landa-Ramírez, López-Gómez, Jiménez-Escobar, & Sánchez-Sosa, 2017) y el mismo contexto hospitalario, en el que el área de

urgencias no está exenta de sobresaturación y de trabajo bajo presión (Roh & Park, 2016; Polanco-González, 2013; Fairbanks, Bisantz, y Sunm, 2007; Rhodes et al., 2004). Es rescatable que sean estas conductas las de mayor frecuencia pues reflejan un esfuerzo de los médicos de urgencias médicas observados por una comunicación eficiente. El que los médicos no cuenten con entrenamiento para notificar muerte, puede ocasionar que adopten formas inapropiadas para notificar, como también los familiares o quién recibe la notificación pueden percibir falta de información por parte del médico (Strote et al., 2011; Wisten & Zingmark, 2007; Merlevede et al., 2004). Por tanto, es notable el esfuerzo de estos médicos adscritos y residentes de urgencias (participantes) por ser claros, evitar terminología médica y eufemismos.

Por otro lado, las conductas que se realizaron en menor frecuencia fueron aquellas posteriores a la habilidad de otorgar el espacio “\_\_”, estas son *I “Indagar”* (“Animar al sobreviviente a preguntar o expresar dudas”; “Animar al sobreviviente a que resuma la información para cotejar su comprensión”; “Corregir cualquier incompreensión”). También el apartado *N “Información básica”* que se refiere a la atención post-mortem del paciente, es decir, “Donación de órganos”, “Necesidad de autopsia”, “Arreglos funerarios”, “Artículos personales”. Y por último fue menormente frecuente la habilidad *G “Dar”* específicamente “Otorgó a los familiares información apropiada para ponerse en contacto con él en cualquier otro momento”.

Estas habilidades *I “Indagar”*, *N “Atención post-mortem”*, *G “Dar”* forman parte de la subescala que Reed, et al. 2015 llamaron *Recapitulación/Desenlace*, misma en la que observaron puntajes que oscilaron en un rango de 20%-40% de ejecución; respecto a los médicos adscritos y residentes de urgencias de este estudio los puntajes de estas habilidades oscilaron entre el 7% y 33%. Si notamos con atención y como ya sea ha manifestado, estas

habilidades son las últimas respecto de la nemotecnia *GRIEV\_ING*, que sean estas las que se ejecutaron con menor frecuencia, podría estar relacionado con la resistencia ampliamente señalada dentro de la literatura internacional del médico ante la situación, pues al no indagar e incitar a resumir información se evita por un lado aclarar cualquier incompreensión referente a la información médica de la defunción y por consiguiente evitar el contacto emocional del momento lo cual puede generar distrés en el médico (Shoenberger et al., 2013). Con esto, se deja de poner en práctica el uso de la escucha activa, escucha del lenguaje corporal y el contacto empático con la emoción. Esto inmediatamente atenta con un activo clave que planteó Hobgood, (2005), que es la empatía que el personal de salud debe demostrar con el familiar y que sin lugar a duda se busca fomentar como habilidad necesaria por parte del personal médico de urgencias ante la muerte del paciente (Gilmore, 2012; Walthall & Hobgood, 2012).

Tradicionalmente los estudios en comunicación de muerte en el área de urgencias, han reconocido la importancia de notificar la muerte de un paciente dentro de un espacio distinto a la sala de urgencias y a las áreas comunes del hospital (bancas o pasillos), como también la importancia de que el familiar que recibe la notificación de muerte esté acompañado. Es decir, una vez que esté presente al menos un familiar más, abordarlos dentro de un espacio privado, tranquilo, donde puedan sentarse, puedan ser notificados de forma más confortable y la expresión emocional pueda fluir en un entorno más privado, evitando así que alteren a otros usuarios del hospital. (Landa-Ramírez, et al., 2017). No obstante, lo anterior, y probablemente por desconocimiento de los médicos o por la poca importancia que el personal de salud les da a estas recomendaciones, sólo el 33% se pronunció por preguntar y exhortar la presencia de otros familiares y el 97% de las notificaciones que se registraron en este estudio, se llevaron a cabo en pasillos o en la sala de espera contiguas a la sala de choque o sala de observación del área de urgencias. Estas condiciones también podrían estar fomentando que

el 83% de las notificaciones registradas empleen únicamente entre uno y cinco minutos para transmitir la información de muerte del paciente, lo cual contrasta claramente con las recomendaciones que se han dado a nivel nacional e internacional (Hobgood, 2005; Hobgood et al., 2005; Landa et al., 2017). En opinión del autor de este escrito, el espacio privado para la notificación de muerte es una de las primeras y más importantes recomendaciones que no pueden faltar dentro de cualquier hospital de cualquier nación, ya que dicho contexto puede promover condiciones óptimas para transmitir la información de manera más adecuada, fomentando así la libre expresión emocional del familiar.

Con respecto a las respuestas emocionales ante la notificación de muerte, la literatura internacional señala que las principales reacciones emocionales que se presentan en los familiares son: llanto, shock, enojo, crisis, despersonalización, negación, congelamiento (Merlevede et al., 2004; Wisten & Zingmark, 2007; Roe, 2012). En el caso del presente estudio se observó que las principales reacciones emocionales presentadas por los familiares fueron el llanto en el 70% y crisis emocional en un 10%; lo anterior pone de manifiesto la imperante necesidad de generar programas basados en la evidencia para el abordaje de estas necesidades en la población (Yeager & Roberts, 2015).

A pesar de los cuidados que se tuvieron en este estudio, se pueden identificar las siguientes limitaciones: 1) falta de validación entre jueces respecto a las observaciones con el instrumento de competencia GRIEV\_ING. Cuando se realizan registros observacionales, es deseable que existan al menos dos jueces que de manera independiente califiquen los comportamientos y posteriormente se empleen datos que permitan identificar los acuerdos y desacuerdos entre ellos (Dekkers, Nijhuis-van der Sanden, Jonker, de Swart, & Janssen, 2018). En este estudio no se pudo realizar lo anterior, debido a que no siempre se contaba con gente de psicología que llevará a cabo dichas acciones. Algunos estudios han promovido el



uso de cubículos especiales que cuentan con micrófono y cámara que graban la notificación y que permiten compartir la información con los jueces para obtener la validación entre ellos. El hacerlo de esta manera, ayudaría a disminuir un segundo efecto que podría constituir una limitación en este estudio, 2) deseabilidad del médico ante la evaluación: se ha reportado que cuando las personas se saben evaluadas, son más propensas a realizar (de manera voluntaria o involuntaria) esfuerzos por tener un mejor desempeño (Schumacker & Hoi, 2017), es probable que los médicos hayan realizado un esfuerzo extra por tener un mejor desempeño ante la notificación muerte de lo que normalmente habrían hecho, aun así, fue muy bajo el porcentaje de respuestas correctas, por lo que de haberse presentado este problema, es poco probable que haya tenido un impacto importante en este estudio. 3) Maduración: fenómeno que pudo acontecer a causa de que los participantes tuvieron contacto con el módulo de entrenamiento del protocolo GRIEV\_ING, por lo que podrían haber obtenido puntajes aun menores sin haber contado con dicha capacitación. No obstante, el puntaje de este estudio sugiere seguir trabajando por entrenar a médicos adscritos y residentes de urgencias médicas respecto a las conductas sugeridas, hasta ahora, para notificar muerte. 4) Propiedades del instrumento GRIEV\_ING: un último problema que se logra identificar en este estudio, corresponde con el instrumento empleado para el registro de los pasos de los residentes ante la notificación de muerte, el instrumento GRIEV\_ING es muy recurrido para la evaluación de los pasos de notificación de muerte en este ámbito, sin embargo, son pocos o nulos los estudios que describan las propiedades psicométricas o características óptimas de este protocolo para evaluar este tipo de habilidades (Hobgood, 2005; Hobgood et al., 2005; Reed et al., 2015). A pesar de dicha limitación y que hasta el momento no existe en el ámbito de urgencias un “Gold standar” para realizar este tipo de evaluaciones, aunado a lo expuesto sobre el instrumento en la justificación de este trabajo, es por lo que se decidió utilizar este protocolo. Sin embargo, es importante obtener mayor número de datos para poner a prueba la

validez interna del instrumento, esto es que la conducta sugerida en el instrumento sea comprensible, ejecutable y medible. Como también es importante obtener la validez ecológica de GRIEV\_ING, esto es que las conductas que intenta fomentar el módulo de aprendizaje se generalicen a notificaciones de muerte real; sin dejar de vista que cada hospital y área médica tiene su contexto, por lo que las conductas pueden ser adaptadas u operacionalizadas de forma distinta, por lo que cada institución debe ser responsable de cerciorarse de ambos tipos de validez de sus instrumentos.

Independientemente de las limitaciones previamente descritas, existen varias bondades del presente estudio, a saber: este trabajo constituye la primera aproximación por registrar la notificación de muerte en un ambiente real en urgencias médicas; el que las evaluaciones se hayan realizado en escenarios reales, permite acercarnos al fenómeno “in situ” teniendo una mejor caracterización del problema y las necesidades concomitantes que la acompañan. De igual manera, el presente estudio pone de manifiesto, la posibilidad de generar registros de las habilidades de los médicos en ambientes no controlados, lo cual ha sido una de las grandes limitaciones de prácticamente todas las investigaciones internacionales en el área y que permite enfocar a estudios futuros en las áreas débiles que los médicos presentan a la hora de dar la notificación de muerte. El realizar el registro de manera natural permitió también obtener una primera caracterización de las respuestas emocionales de los familiares que recibieron la noticia, lo cual también permite identificar de manera clara las necesidades de esta población, y permite sentar bases para la generación de intervenciones enfocadas en el abordaje emocional de esta población. Finalmente, se puede concluir que es viable realizar registros observacionales de la notificación de muerte en ambientes reales con base en GRIEV\_ING y a partir de esto generar evidencia en esta área que tanta premura demanda, sin embargo, más investigaciones se necesitan en esta área.

## Referencias

- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2018). In *Wikipedia*. Retrieved from [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Accreditation\\_Council\\_for\\_Graduate\\_Medical\\_Education&oldid=851629823](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Accreditation_Council_for_Graduate_Medical_Education&oldid=851629823)
- Adler, R. H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 607–611. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.008>
- Agras, W. S. (1982). Behavioral medicine in the 1980s: Nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 797-803.
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 239–244. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00146-0)
- Álvarez, A. S., Pagani, M., & Meucci, P. (2012). The clinical application of the biopsychosocial model in mental health: a research critique. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(13 Suppl 1), S173-180. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31823d54be>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine* (1982), 61(4), 755–765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Benenson, R. S., & Pollack, M. L. (2003). Evaluation of emergency medicine resident death notification skills by direct observation. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 10(3), 219–223.
- Bonin-Guillaume, S., Durand, A.-C., Yahi, F., Curiel-Berruyer, M., Lacroix, O., Cretel, E., ... Gentile, S. (2015). Predictive factors for early unplanned rehospitalization of older adults

- after an ED visit: role of the caregiver burden. *Aging Clinical and Experimental Research*, 27(6), 883-891. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0347-y>
- Boudreaux, E. D., Clark, S., & Camargo, C. A. (2008). Mood disorder screening among adult emergency department patients: a multicenter study of prevalence, associations and interest in treatment. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 4-13. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.09.006>
- Cydulka, R. K., & Korte, R. (2008). Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 51(6), 714-722.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.01.005>
- Ball, M. J., & Lillis, J. (2001). E-health: transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61(1), 1-10. [https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(00\)00130-1](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(00)00130-1)
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Brier, M. J., Schwartz, L. A., & Kazak, A. E. (2015). Psychosocial, health-promotion, and neurocognitive interventions for survivors of childhood cancer: a systematic review. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(2), 130-148. <https://doi.org/10.1037/hea0000119>
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 288(6430), 1597-1599.
- Caldwell, J. C. (2001). Population health in transition. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 159-160. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862001000200011>
- Coyle, N., Manna, R., Shen, M., Banerjee, S. C., Penn, S., Pehrson, C., ... Bylund, C. L. (2015). Discussing Death, Dying, and End-of-Life Goals of Care: A Communication Skills

- Training Module for Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 697-702. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.697-702>
- Cydulka, R. K., & Korte, R. (2008). Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 51(6), 714–722.e1. [https://doi.org/10.1016/j.annemer\\_gmed.2008.01.005](https://doi.org/10.1016/j.annemer_gmed.2008.01.005)
- Definition of emergency medicine and the emergency physician. American College of Emergency Physicians. (1986). *Annals of Emergency Medicine*, 15(10), 1240-1241.
- Dekkers, L. M. A., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., Jonker, M., de Swart, B. J. M., & Janssen, A. J. W. M. (2018). Interrater Reliability of the Observable Movement Quality Scale for Children. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 70(2), 113-119. <https://doi.org/10.3138/ptc.2016-104>
- División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(3):261–73.
- Downey, L. V. A., Zun, L. S., & Burke, T. (2012). Undiagnosed Mental Illness in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(5), 876-882. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.06.055>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (New York, N.Y.), 196(4286), 129-136.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* (London, England), 363(9405), 312–319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)
- Fairbanks, R. J., Bisantz, A. M., & Sunm, M. (2007). Emergency Department Communication Links and Patterns. *Annals of Emergency Medicine*, 50(4), 396–406. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.03.005>

- Galindo-Vazquez, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M. H., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Meneses-Garcia, A., ... Alvarado-Aguilar, S. (2015). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(5), 612-615. <https://doi.org/10.1002/pon.3686>
- Gilmore, T. (2012). Reflections on giving bad news. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 19(3), 356-358. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2012.01305.x>
- Gold, K. J., Treadwell, M. C., Mieras, M. E., & Laventhal, N. T. (2017). Who tells a mother her baby has died? Communication and staff presence during stillbirth delivery and early infant death. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 37(12), 1330-1334. <https://doi.org/10.1038/jp.2017.125>
- Goldstein, G. (2000). Healthy cities: overview of a WHO international program. *Reviews on Environmental Health*, 15(1-2), 207-214.
- Harpham, T., Burton, S., & Blue, I. (2001). Healthy city projects in developing countries: the first evaluation. *Health Promotion International*, 16(2), 111-125.
- Hart, R. G., & Ahrens, W. R. (1998). Coping with pediatric death in the ED by learning from parental experience. *The American Journal of Emergency Medicine*, 16(1), 67-68.
- Harrahill, M. (1997). Giving bad news compassionately: a 2-hour medical school educational program. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 23(5), 496-498.
- Havelka, M., Lucanin, J. D., & Lucanin, D. (2009). Biopsychosocial model--the integrated approach to health and disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista M. P. (2010). Metodología de la investigación (5ª ed.). México, D.F.: Mc Graw Hill.

- Hobgood, C., Harward, D., Newton, K., & Davis, W. (2005). The educational intervention “GRIEV\_ING” improves the death notification skills of residents. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 12(4), 296–301. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.12.008>
- Hobgood, C. (2005). Delivering the News with Compassion The GRIEV\_ING© Death Notification Protocol - Trainer’s Manual. A project supported by Grant No. 2005-VF-GX-K021 awarded by the Office for Victims of Crime office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.01.005>
- Keefe, F. J. (2011). Behavioral Medicine: A Voyage to the Future. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 41(2), 141-151. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9239-8>
- Keefe, F. J., Buffington, A. L. H., Studts, J. L., & Rumble, M. E. (2002). Behavioral medicine: 2002 and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 852-856.
- King, A. C. (2014). Behavioral Medicine in the 21st Century: Transforming “the Road Less Traveled” into the “American Way of Life”. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 47(1), 71-78. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9530-6>
- Landa-Ramírez, E., López-Gómez A., Jiménez-Escobar, I., y Sánchez-Sosa, J.J. (2017). Comunicación de malas noticias en el departamento de urgencias médicas: evidencia, recomendaciones y retos futuros. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.

- Lanièce, I., Couturier, P., Dramé, M., Gavazzi, G., Lehman, S., Jolly, D., ... Blanchard, F. (2008). Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and Ageing*, 37(4), 416-422. <https://doi.org/10.1093/ageing/afn093>
- Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C., ... Van Heeringen, K. (2004). Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*, 61(3), 341-348. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2004.01.024>
- Min, A. A., Spear-Ellinwood, K., Berman, M., Nisson, P., & Rhodes, S. M. (2016). Social worker assessment of bad news delivery by emergency medicine residents: a novel direct-observation milestone assessment. *Internal and Emergency Medicine*, 11(6), 843-852. <https://doi.org/10.1007/s11739-016-1405-y>
- Mori, M., Yoshida, S., Shiozaki, M., Baba, M., Morita, T., Aoyama, M., ... Miyashita, M. (2017). Talking About Death With Terminally-Ill Cancer Patients: What Contributes to the Regret of Bereaved Family Members? *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(6), 853-860.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.02.021>
- Mori, M., Morita, T., Igarashi, N., Shima, Y., & Miyashita, M. (2018). Communication about the impending death of patients with cancer to the family: a nationwide survey. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001460>
- Olsen, J. C., Bueneffe, M. L., & Falco, W. D. (1998). Death in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 31(6), 758-765.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado el 18 de agosto de 2017 de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>



- Papadimitriou, G. (2017). The “Biopsychosocial Model”: 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatrike* = *Psychiatriki*, 28(2), 107–110. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.282.107>
- Park, I., Gupta, A., Mandani, K., Haubner, L., & Peckler, B. (2010). Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*, 3(4), 385–388. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70760>
- Perrin, P. B., Panyavin, I., Morlett Paredes, A., Aguayo, A., Macias, M. A., Rabago, B., ... Arango-Lasprilla, J. C. (2015). A Disproportionate Burden of Care: Gender Differences in Mental Health, Health-Related Quality of Life, and Social Support in Mexican Multiple Sclerosis Caregivers [Research article]. <https://doi.org/10.1155/2015/283958>
- Perruche, F., Elie, C., d’Ussel, M., Ray, P., Thys, F., Bleichner, G., ... Claessens, Y.-E. (2011). Anxiety and depression are unrecognised in emergency patients admitted to the observation care unit. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 28(8), 662–665. <https://doi.org/10.1136/emj.2009.089961>
- Polanco-González, C., Castañón-González J. A., Buhse, T. Samaniego-Mendoza, J. L., Arreguín-Nava, R., Villanueva-Martínez, S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149, 417–24.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*, 276(6), 496–502.
- Quest, T. E., Otsuki, J. A., Banja, J., Ratcliff, J. J., Heron, S. L., & Kaslow, N. J. (2002). The use of standardized patients within a procedural competency model to teach death disclosure. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1326–1333.


- Reed, S., Kassis, K., Nagel, R., Verbeck, N., Mahan, J. D., & Shell, R. (2015). Breaking bad news is a teachable skill in pediatric residents: A feasibility study of an educational intervention. *Patient Education and Counseling*, 98(6), 748–752. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.015>
- Rhodes, K. V., Vieth, T., He, T., Miller, A., Howes, D. S., Bailey, O., ... Levinson, W. (2004). Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. *Annals of Emergency Medicine*, 44(3), 262–267. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2004.02.035>
- Rocha, J. M. (2011). 25 años de la medicina de urgencia. Los retos... ¿siguen siendo los mismos? *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 3(1), 3-5.
- Rodríguez, O., Llorente, S., Casanueva, M., Álvarez, B., Menéndez, P., & De la Riva, G. (2004). Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Características clínico-epidemiológicas. *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 60(1º), 17-22.
- Roe, E. (2012). Practical Strategies for Death Notification in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 38(2), 130–134. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.005>
- Roh, H., & Park, K. H. (2016). A Scoping Review: Communication Between Emergency Physicians and Patients in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 50(5), 734–743. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.11.002>
- Roter, D. (2010). Models of doctor-patient relationship. The Johns Hopkins University.
- Schmidt, T. A., Norton, R. L., & Tolle, S. W. (1992). Sudden death in the ED: educating residents to compassionately inform families. *The Journal of Emergency Medicine*, 10(5), 643–647.
- Schumacker, R. E., & Hoi, C. K. W. (2017). Social Desirability Amongst Chinese Teachers. *Journal of Applied Measurement*, 18(4), 408-419.

- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12. <https://doi.org/10.1007/BF00846582>
- Shafati, M., & Zahedi, M. (2016). Studying the Bio-psycho-social Model of Doctor-Patient Relationship: A Transition over the Biomedical Model. *Bioethics Journal*, 2(5), 151–186. <https://doi.org/10.22037/bj.v2i5.14262>
- Shoenberger, J. M., Yeghiazarian, S., Rios, C., & Henderson, S. O. (2013). Death notification in the emergency department: survivors and physicians. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 14(2), 181–185. <https://doi.org/10.5811/westjem.2012.10.14193>
- Smith, T. W., & Suls, J. (2004). Introduction to the special section on the future of health psychology. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(2), 115–118. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.115>
- Society for Health Psychology (Division 38). (s/f). Recuperado el 16 de agosto de 2018, de <http://www.apa.org/about/division/div38.aspx>
- Strote, J., Schroeder, E., Lemos, J., Paganelli, R., Solberg, J., & Range Hutson, H. (2011). Academic emergency physicians' experiences with patient death. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 18(3), 255–260. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01004.x>
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(2), 119–125. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.119>

- van Beusekom, I., Bakhshi-Raiez, F., de Keizer, N. F., Dongelmans, D. A., & van der Schaaf, M. (2016). Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Critical Care*, 20. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1185-9>
- von Leupoldt, A., Fritzsche, A., Trueba, A. F., Meuret, A. E., & Ritz, T. (2012). Behavioral Medicine Approaches to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 44(1), 52-65. <https://doi.org/10.1007/s12160-012-9348-7>
- Walthall, J. D. H., & Hobgood, C. (2012). Give Sorrow Words. *Academic Emergency Medicine*, 19(3), 359–360. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2012.01309.x>
- Wisten, A., & Zingmark, K. (2007). Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death--a qualitative study. *Resuscitation*, 74(1), 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2006.11.014>
- Yeager, K., & Roberts, A. (2015). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. Oxford University Press.

## Anexos

ANEXO 1. Listado de recomendaciones que GRIEV\_ING sugiere ante la notificación de muerte.



**Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**

**GRIEV\_ING**  
Forma Larga CPF

Nº DE FOLIO: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico que dio la noticia: \_\_\_\_\_

Psicólogo que observó: \_\_\_\_\_

Nombre del CPI: \_\_\_\_\_ Parentesco con PF: \_\_\_\_\_

Nombre del PF: \_\_\_\_\_ Fecha de defunción: \_\_\_\_\_

Causa defunción: \_\_\_\_\_ Tiempo en urgencias \_\_\_\_\_ N° de expediente: \_\_\_\_\_

Lugar donde se dio la notificación: \_\_\_\_\_ Duración de la notificación: \_\_\_\_\_

Descripción de la respuesta emocional del CPI: \_\_\_\_\_

Duración de la respuesta emocional: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Por favor indique sobre la línea punteada, si el médico ha realizado las acciones indicadas  
El médico...

**G \_ Reunir**

\_\_\_\_\_ 1. Se aseguró de que los familiares estén presentes antes de la notificación de muerte.

**R \_ Recursos**

\_\_\_\_\_ 2. Investigó acerca de los recursos de apoyo (servicios religiosos, legales, funerarios, trabajo social, familiares y amigos).

\_\_\_\_\_ 3. Facilitó el acceso a los recursos de apoyo.

**I \_ Identificar**

\_\_\_\_\_ 4. Mencionó claramente el nombre del paciente.

\_\_\_\_\_ 5. Se presentó a sí mismo

\_\_\_\_\_ 6. Mencionó claramente su papel en el cuidado del paciente.

**Evaluación de la comprensión**

\_\_\_\_\_ 7. Determinó el nivel de información que poseían los familiares antes de su llegada área de urgencias.

\_\_\_\_\_ 8. Presentó una introducción adecuada (evito hablar con rodeos, de manera brusca sin dar aún la mala noticia).

\_\_\_\_\_ 9. Utilizó frases preparatorias para la mala noticia (lamento informarte que... me gustaría tener mejores noticias...).

**E \_ Educar**

\_\_\_\_\_ 10. Indicó claramente la cronología de los acontecimientos que llevaron a la muerte del paciente.

\_\_\_\_\_ 11. Indicó claramente la causa de la muerte de una manera fácil de entender.

\_\_\_\_\_ 12. Usó un lenguaje apropiado al contexto cultural y al nivel educativo del familiar.

\_\_\_\_\_ 13. Proporcionó un resumen de la información importante para asegurar que la noticia se entendió.

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

GRIEV\_ING  
Forma Larga CPF

**V \_ Verificar**

- \_\_\_ 14. Usó la frase "ha muerto" o "ha fallecido".  
 \_\_\_ 15. Evitó usar eufemismos (como: "se ha ido", "se nos adelantó", "ya no está con nosotros").  
 \_\_\_ 16. Evitó terminología médica o explicó claramente estos términos cuando se utilizaron.

**( ) Espacio**

- \_\_\_ 17. Se mostró atento y sin prisas en su interacción con los familiares.  
 \_\_\_ 18. Hizo una pausa para permitir que la familia asimilara la información antes de discutir los detalles.

**I \_ Preguntar**

- \_\_\_ 19. Dio tiempo a los familiares para procesar la información, hacer preguntas o expresar inquietudes.  
 \_\_\_ 20. Animó a los familiares para resumir la información importante y comprobar la comprensión.  
 \_\_\_ 21. De forma inmediata y apropiada corrigió cualquier malentendido de los familiares.

**N \_ "Información básica"**

22. Explicó y proporcionó los siguientes detalles acerca de la atención post-mortem del paciente de forma respetuosa:

- \_\_\_ 22-A. Donación de órganos.  
 \_\_\_ 22-B. La necesidad de una autopsia.  
 \_\_\_ 22-C. Arreglos funerarios.  
 \_\_\_ 22-D. Artículos personales.

**G \_ Dar**

- \_\_\_ 26. Se muestra accesible para responder a las futuras preguntas (dudas, inquietudes) de los familiares.  
 \_\_\_ 27. Otorgó a los familiares información apropiada para ponerse en contacto con él en cualquier momento.  
 \_\_\_ 28. Otorgó a los familiares información apropiada para ponerse en contacto con los servicios religiosos, legales, funerarios, trabajo social.