

TRADUCCIÓN DEL ARTÍCULO EDITORIAL:

El derecho de un médico a llorar una muerte

Minjee Kim. The Right to Grieve. JAMA. 2019 Apr 23;321(16):1569-1570.

“¿Debo ir al funeral?”, pregunté a mi hermana, una neonatóloga. La invitaban con frecuencia a los funerales de los bebés que había atendido. También sentí una punzada de vergüenza, recordando un comentario insensible que hice hace años sobre la muerte de su paciente. Yo le había dicho: “Tal vez el bebé esté mejor ahora”, en un intento fallido de consolarla, pensando en las complicaciones médicas y neurológicas que el bebé habría enfrentado, en la forma en que pienso en los pacientes después de una lesión cerebral grave.

Ella dijo con calma: “No puedo hablar por ti, pero hago todo lo posible para asistir a los funerales a los que me invitan. He aprendido que tengo un mejor cierre después de llorar sin parar con la familia. Me ha sorprendido que las familias aprecien mi presencia. Tal vez demuestre que me importaba y que todavía me importa, lo que hago mucho tiempo después del funeral “.

La muerte es parte de la vida, y para muchos médicos, se convierte en un elemento rutinario del trabajo. Como neurointensivista, brindar apoyo a los familiares de pacientes con lesiones cerebrales graves al elegir la muerte en lugar de la prolongación de una discapacidad grave es uno de los elementos más gratificantes del trabajo. Sin embargo, los frecuentes encuentros con muertes y las decisiones sobre el final de la vida no otorgan inmunidad contra las respuestas emocionales.

Experimenté la trágica muerte de una joven embarazada durante la primera semana después de terminar mi maternidad. Cuando me invitaron al funeral, me sentí en conflicto. Aunque estaba agradecida por la invitación de la familia con la que me sentía profundamente conectada con el complicado curso de la paciente, temía que mi presencia en el funeral le recordara a su familia mi fracaso profesional para salvarla. La presentación inusual del paciente, el curso clínico complejo y la muerte final desencadenaron análisis formales e informales exhaustivos de cada paso con la familia, los colegas y el manejo del riesgo hospitalario, independientemente de la repetición constante en mi cabeza, preguntándome si debería haber hecho algo de manera diferente. Mi análisis concluyó que nadie tenía la culpa. Sabía desde el principio que la muerte era un posible resultado de la gran hemorragia cerebral que presentaba, pero la trayectoria clínica me había animado y me había vuelto cautelosamente optimista. Su agudo deterioro y la progresión final a la muerte cerebral me hicieron sentir impotencia y vacío. Yo estaba triste y enojada. Me sentí culpable mientras sostenía a mi hijo sano, que tenía ambos padres, a diferencia de sus hijos prematuros. Busqué en la literatura, sin éxito, tratando de responder preguntas imposibles y evité que las lágrimas fluyeran a menos que estuviera sola. Temía parecer débil, emocional u “hormonalmente”. Quería asistir al funeral. Pero ¿tenía derecho a lamentar su muerte, especialmente con la familia, de cuyo dolor podría yo ser parcialmente responsable?

En el trabajo, su pérdida era palpable. Estaban de lutos las enfermeras, el capellán, el trabajador social, los médicos veteranos y muchos médicos de diferentes especialidades que participaron en el cuidado de mi paciente y sus hijos. Un residente de neurología que había visto inicialmente a la paciente en la triaje de obstetricia tenía dificultades para procesar las preguntas a la familia sobre sus decisiones de tratamiento. A pesar de que tanto él como yo sabíamos que había tomado las decisiones correctas y que un plan de tratamiento alternativo no habría cambiado el resultado, sintió que tenía culpa. Pronto me enteré de que muchos más residentes se vieron afectados por la muerte de la paciente, para lo cual se llevó a cabo una reunión grupal con el jefe del programa de residentes. Aunque sentí la responsabilidad de brindar apoyo emocional a los residentes, no sabía cómo. Me preocupaba que un cúmulo de mis emociones

no procesadas se abriera de golpe si abría la boca. Todo lo que pude decir fue: “Todos hicimos absolutamente todo lo que pudimos haber hecho”, sabiendo lo vacío que sonaba. Era la *percepción* de fracaso personal y profesional que fue emocionalmente inquietante. Una residente se disculpó y dijo que estaba profundamente triste a pesar de que solo estuvo brevemente involucrada en el cuidado del paciente. ¿Quién tiene derecho a sentirse triste, de todos modos?

Está muy extendido en medicina el duelo privado de derechos, un término que describe el dolor que no se reconoce abiertamente, se lamenta públicamente o se apoya socialmente (1). Si bien el círculo familiar cercano tiene el derecho de afligirse reconocido universalmente por la sociedad, la naturaleza de la relación médico-paciente no se reconoce en la misma medida. La muerte de un paciente puede provocar que la vergüenza, la duda y el temor a un litigio o a un juicio de sus compañeros que sean inadecuados, lo que puede aislar aún más al médico y puede aumentar el riesgo de emociones no resueltas y de afrontamiento inadaptado.

Si bien los médicos en todas las etapas de la aprendizaje y práctica médica informan fuertes respuestas emocionales a la muerte de un paciente, especialmente a la muerte súbita o inesperada, pueden existir diferentes barreras para hacer frente adecuadamente (2). En general, los estudiantes de medicina y los residentes perciben que las muertes de pacientes son más perturbadoras e inesperadas que los médicos en ejercicio, sin embargo, se preocupan por el la aflicción y el llanto y, a menudo, abordan sus emociones de forma aislada (3).

A pesar de un énfasis creciente en el cuidado empático de los moribundos como una competencia fundamental para dominar durante el entrenamiento (4), se ofrece muy poca formación formal en habilidades de afrontamiento para las emociones que surgen del cuidado de un paciente moribundo. Los residentes pueden desarrollar síntomas de trastorno de estrés postraumático después de la muerte de un paciente, con una frecuencia creciente a medida que aumenta el nivel de formación (5). Si bien se espera que los médicos en ejercicio brinden apoyo a los médicos en formación a través de la experiencia de la muerte de un paciente, es posible que no siempre puedan hacerlo porque a veces ellos mismos necesitan apoyo. Incluso los especialistas de cuidados paliativos, que son considerados “expertos en la muerte”, pueden sufrir en silencio, incapaces de buscar apoyo. Algunos médicos piensan en dejar la medicina clínica después de sufrir fuertes emociones por la muerte de un paciente, y el afrontamiento no adaptativo, como evitar las emociones y el abuso de sustancias, existe en todas las etapas de la formación y la práctica médica (6). Esto puede ser perpetuado y exacerbado por la cultura de la medicina, en la cual los médicos que lloran corren el riesgo de ser considerados poco profesionales, débiles o emocionalmente inestables.

Sin embargo, las actitudes negativas en relación con expresar las emociones después de la muerte de un paciente se han asociado con un mayor burnout del médico (7). A pesar de una atención cada vez mayor a los efectos destructivos del burnout del médico, todavía no existe una forma sistematizada de apoyar a un médico afligido.

Yo asistí al funeral. Me despedí de mi paciente, que se veía hermosa y tranquila en su ataúd, reemplazando mi último recuerdo de ella examinando su muerte cerebral. La vi antes de la enfermedad, llena de vida y amor, a través de sus fotos y recuerdos de amigos y familiares. Yo era una de las muchas, muchas vidas que ella había tocado. Lloré con la familia que me consoló, para mi vergüenza. Vi las lágrimas de su obstetra. Me pregunté acerca de la profundidad de su pena. Y la de mi colega neurocirujano. Una cosa estaba clara: todos nosotros llevaremos su memoria por el resto de nuestras carreras.

Casi un año después de la pérdida de mi paciente, todavía pienso en ella y su familia. Y pienso en sus trillizos cada vez que cruzo el puente hacia el hospital de niños, el mismo puente por el que fueron transportados desde la unidad de cuidados intensivos neonatales para despedirse de su madre. Visité a sus hijos y familiares varias veces durante su estancia en la

unidad de cuidados intensivos neonatales, pero mucho menos que la cantidad de veces que pensé en hacerlo.

El recuerdo de ella parece tan fresco en los demás como en mí. Durante una reciente sesión de actualización de las evidencias, mientras discutía una nueva técnica quirúrgica para tratar la hemorragia cerebral, su caso surgió como un ejemplo potencial que podríamos tratar mejor en el futuro. Nuestras enfermeras están participando en una próxima caminata de recaudación de fondos en honor de la paciente, junto con su familia. De vez en cuando me encuentro con el capellán y el trabajador social del hospital, que comparten la vida de la familia posterior al óbito. Si bien tengo dudas de hablar primero sobre la paciente, agradezco lo que otros hacen por la familia, quizás porque necesito una validación externa de que está bien seguir sufriendo.

Cuando nos esforzamos en marcar una diferencia con las vidas de nuestros pacientes, nuestros pacientes también tocan nuestras vidas. Darle sentido a la muerte implica la creación de una narrativa interna, que requiere el tiempo y la orientación adecuados para curarse de la culpa, la tristeza, el aislamiento y el conflicto. Espero que podamos levantar las barreras que niegan a los médicos el derecho a procesar nuestras pérdidas.

REFERENCIAS

1. Doka KJ. *Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow*. Lexington, MA: Lexington Books; 1989.
2. Redinbaugh EM, Sullivan AM, Block SD, et al. Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ*. 2003;327(7408):185. doi:10.1136/bmj.327.7408.185
3. Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D, et al. "This is just too awful; I just can't believe I experienced that...": medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Acad Med*. 2005;80(7):634-640. doi:10.1097/00001888-200507000-00005
4. Holloway RG, Arnold RM, Creutzfeldt CJ, et al; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Clinical Cardiology. Palliative and end-of-life care in stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(6):1887-1916. doi:10.1161/STR.0000000000000015
5. Mills LD, Mills TJ. Symptoms of post-traumatic stress disorder among emergency medicine residents. *J Emerg Med*. 2005;28(1):1-4. doi:10.1016/j.jemermed.2004.05.009
6. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health, II: health and health behaviour. *Soc Sci Med*. 1997;45(1):41-44. doi:10.1016/S0277-9536(96)00307-3
7. Granek L, Ben-David M, Nakash O, et al. Oncologists' negative attitudes towards expressing emotion over patient death and burnout. *Support Care Cancer*. 2017;25(5):1607-1614. doi:10.1007/s00520-016-3562-y Opinion A Piece of My Mind 1570