



UNIVERSIDAD
AUSTRAL

**CIENCIAS
BIOMÉDICAS**

EXPERIENCIA DE SEGUNDA VÍCTIMA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Autora: Josefina Maggio

Directora: Mg. Ma. Victoria Brunelli

Coordinadoras: Mg. Silvina Miceli y Dr. Lucía Alba Ferrera
Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Biomédicas,
Universidad Austral.

Noviembre 2019

Abstract

Introducción: El profesional de la salud se ve expuesto diariamente a situaciones complejas en la atención al paciente, aumentando la probabilidad de experimentar un incidente de seguridad. Frente a este puede convertirse en la segunda víctima pudiendo llegar a experimentar consecuencias de tipo psicológicas, fisiológicas, alteraciones en la relación terapéutica o abandono del rol profesional. Existen estudios que analizan y describen esta experiencia en profundidad. Sin embargo, frente a la escasez de bibliografía local, se considera esencial realizar el presente estudio para la comprensión del fenómeno con sus particularidades en dicho contexto sociocultural.

Métodos: El objetivo principal del estudio es conocer las estrategias de afrontamiento personales utilizadas por los profesionales para intentar superar el incidente de seguridad en el que se encuentran involucrados. Se realizó un estudio cualitativo de naturaleza metodológica exploratoria con recolección de datos a través de entrevistas en profundidad. La muestra incluyó siete profesionales de la salud involucrados en incidentes de seguridad en la atención a pacientes (médicos, enfermeros e instrumentadores quirúrgicos). Se identificaron y definieron códigos relevantes para el análisis de datos y de este emergen las siguientes categorías: estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones.

Resultados: Los entrevistados describieron el uso de múltiples estrategias de afrontamiento. Dentro de la categoría de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema las más utilizadas fueron: creación de una perspectiva de aprendizaje y toma de medidas de prevención. De la categoría de estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones se destacan: conversar con otros y asumir responsabilidad por lo ocurrido.

Discusión: Se reconocen las estrategias de afrontamiento como factores claves para la recuperación luego de un incidente de seguridad. Sin embargo, se encontraron también algunos ejemplos de rechazo a ciertas estrategias de afrontamiento como conversar con otros o la respuesta de huida. Además, se observó que aquellas enfocadas en las emociones se utilizaron con mayor frecuencia que aquellas enfocadas en el problema. Futuros estudios acerca de la efectividad de las distintas estrategias serán relevantes para profundizar en la temática.

Conclusión: Las estrategias de afrontamiento cumplen un rol esencial en la superación del incidente de seguridad. Sin embargo, la situación individual y particular de cada profesional determinará cuáles de ellas resultarán útiles para tal propósito. Por lo tanto, se considera necesario comprender la experiencia de segunda víctima de cada profesional, en su complejidad particular, para así poder acompañar y contener a la persona que sufre.

Tabla de contenidos

Introducción	3
Marco teórico y antecedentes	4
Incidente de seguridad y seguridad del paciente	4
La segunda víctima	5
Estrategias de afrontamiento	6
Resiliencia	8
Intervención organizacional	8
Relevancia de la investigación	10
Metodología	12
Diseño metodológico	12
Casos a investigar	12
Recolección de datos	14
Criterios de rigor	15
Análisis de resultados	16
Resultados	18
Estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema	18
Estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones	20
Discusión	24
Limitaciones del estudio	26
Implicaciones para la práctica	26
Conclusión	28
Lista de referencias	29
Anexo	33
Guía de preguntas abiertas	33

Introducción

En la actualidad, se espera infalibilidad de los profesionales de la salud. Tanto las innovaciones tecnológicas, como los avances en Ciencias de la Salud presentan a los profesionales como seres capaces de un trabajo y desempeño perfecto. No hay lugar para el error en la medicina moderna (Wu, 2000). Resulta imposible, como humano, alcanzar dichas expectativas y el error, inevitablemente, sucede. Cabe entonces preguntarse ¿qué sucede con el profesional que se equivoca?

Es posible que frente a un incidente relacionado con la seguridad del paciente el profesional se vea traumatizado y experimente malestar, así como también, una variada sintomatología que caracteriza al fenómeno de la segunda víctima. Sin embargo, no todos los profesionales reaccionan igual frente a un mismo suceso ni este los impacta de la misma manera. El presente estudio explora, utilizando una metodología cualitativa, aquellas estrategias de afrontamiento personales utilizadas por los profesionales de la salud luego de un incidente de seguridad.

Marco teórico y antecedentes

Incidente de seguridad y seguridad del paciente

Se considera un incidente relacionado con la seguridad del paciente a aquella circunstancia que, debido a un error médico, ha ocasionado o podría haber ocasionado daño innecesario en el paciente (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Puede clasificarse el incidente según su impacto en el paciente en: una circunstancia notificable, un cuasiincidente, un incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso) (WHO, 2009). Se corren riesgos significativos si no se responde a estos incidentes con rapidez y eficacia ya que puede empeorar el estado de salud del paciente o provocar su muerte. Aumentan también las probabilidades de acciones regulatorias o juicios contra el profesional y la institución. Además, puede generar una pérdida de confianza en la institución y perderse la oportunidad de aprendizaje y crecimiento institucional (Conway, Federico, Stewart, & Campbell, 2010). La Organización Mundial de la Salud (2008) estima que anualmente a nivel mundial decenas de millones de pacientes mueren o sufren lesiones discapacitantes como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. La atención insegura genera un alto costo económico e incluye gastos médicos y de hospitalización, infecciones intrahospitalarias, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que pueden llegar a costar en algunos países entre US\$ 6.000 millones y US\$ 29.000 millones por año.

Frente a esta realidad surge la importancia de evitar los errores o lesiones prevenibles durante el proceso de atención en salud, para garantizar la seguridad del paciente. Para ello, es necesario implementar un conjunto de acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un incidente de seguridad en el proceso de la atención de salud y/o de minimizar sus consecuencias (Gómez et al., 2011). Se considera que el incidente de seguridad puede generar tres víctimas: en primer lugar, el paciente y su familia; en segundo lugar, el profesional de la salud; y por último, la institución u organización proveedora de servicios de salud (Denham, 2007). El presente estudio se enfoca en el profesional de la salud y su experiencia como segunda víctima.

La segunda víctima

Es profesional de la salud todo individuo que provea servicios al paciente, tales como médicos, enfermeros, profesiones relacionadas con la salud, personal de apoyo, estudiantes y voluntarios. (Scott et al., 2010). Se definen como segunda víctima a los profesionales de la salud que, involucrados en un incidente de seguridad no anticipado, error médico y/o daño sufrido por el paciente, son, a su vez, víctimas al resultar traumatizados por el incidente. Frecuentemente, estos sujetos se sienten personalmente responsables por los resultados y muchos sienten como si le hubiesen fallado al paciente e incluso dudan de sus propias habilidades y conocimientos (Scott et al., 2009).

El Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas enumera las siguientes como las reacciones emocionales de segunda víctima más comunes: “ansiedad, obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea, despersonalización, frustración, sentimientos de culpa, tristeza, cambios de humor, insomnio, reexperimentación del suceso de manera repetida, dudas sobre la propia capacidad profesional, miedo a las consecuencias legales y a la pérdida de la reputación” (2015: p. 17). Algunos estudios incluyen también miedo, arrepentimiento, vergüenza y enojo dentro de la sintomatología del fenómeno, que suele persistir por largos períodos de tiempo (Chan, Khong, & Wang, 2017; Schwappach & Boluarte, 2008; Kennedy & Heard, 2001; Christensen, Levinson & Dunn, 1992).

Se presentan, además, signos y síntomas similares a aquellos del trastorno por estrés agudo. Estos incluyen adormecimiento, desapego e incluso despersonalización, confusión, ansiedad, duelo, depresión, retraimiento y agitación. Asimismo, es común encontrar falta de concentración y memoria, por los cuales la persona puede verse significativamente incapacitada para realizar sus tareas y roles habituales. Algunos profesionales exhiben una sintomatología similar a aquella del trastorno de estrés post-traumático, incluyendo flashbacks, reexperimentación, evitación activa de situaciones asociadas y un nivel de arousal incrementado, acompañado por dificultades para dormir e irritabilidad (Wu & Steckelberg, 2012).

Es posible diferenciar y predecir seis etapas en la experiencia de recuperación de segunda víctima, sin embargo, su presentación y desarrollo puede variar de acuerdo a las características personales de cada individuo (Scott et al., 2009). La primera es el caos y la respuesta al

accidente, en ella el profesional comete el error y actúa sobre las consecuencias inmediatas de este sobre el paciente, si es que las tiene. Muchas veces implica la involucración de otros para el cuidado del paciente. A esta le sigue la segunda etapa, caracterizada por las reflexiones intrusivas donde el profesional se pregunta: “¿Qué hubiese pasado si?”. La tercera etapa refiere al intento de recuperar la integridad personal, puede darse de manera individual o con el apoyo de otros. La cuarta etapa implica atravesar la inquisición por parte de otros y medir el impacto del error. En la quinta etapa el profesional busca ayuda emocional y, la sexta etapa, dependerá de un conjunto de factores: de cómo se desarrollaron las primeras cinco etapas, la personalidad del profesional y la participación de la organización. En base a lo descrito, la última etapa culminará en el abandono, supervivencia o éxito de la persona en seguir adelante con su profesión luego del incidente de seguridad (Coughlan, Powell, & Higgins, 2017).

Estrategias de afrontamiento

A pesar de que la constante exposición a situaciones complejas aumenta la probabilidad del profesional de vivir un incidente de seguridad, se encuentra en la literatura que a este no necesariamente le sigue el malestar y sufrimiento. No todos los profesionales se ven traumatizados por las mismas situaciones y, por lo tanto, no todos se convierten en segundas víctimas. Esto evidencia que existen diferencias psicológicas complejas del individuo y estructurales de la institución que influyen en el impacto que el incidente tiene en el profesional pudiendo reducir o incluso evitar su sufrimiento (Clarke, 2007). A nivel personal, se reconocen las estrategias de afrontamiento y la resiliencia como factores claves para la recuperación luego de un incidente de seguridad. A nivel institucional, la prevención y contención del profesional tendrán una gran importancia para determinar el impacto.

El afrontamiento es un proceso por el cual el sujeto se defiende de circunstancias estresantes y desafíos que se le presentan (Rassin, Kanti, & Silner, 2005). Se consideran estrategias de afrontamiento a aquellos esfuerzos, tanto cognitivos como emocionales, que la persona realiza para lidiar con demandas internas (emociones propias) y externas (estresores ambientales). La efectividad de una estrategia dependerá de la medida en que esta sea apropiada para responder a las demandas particulares en un momento dado (Lazarus & Folkman, 1984).

Al analizar las estrategias de afrontamiento en segundas víctimas, los estudios revelan variadas estrategias, no exclusivas, que pueden ser empleadas luego de un incidente de seguridad. Estas incluyen: estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones. A través de las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, el sujeto enfrenta la situación mejorando las circunstancias ambientales o personales con actitudes constructivas y cambios comportamentales. En cambio, en las estrategias enfocadas en las emociones, el sujeto maneja la respuesta emocional, consecuencia del incidente de seguridad, implementando comportamientos defensivos que buscan protegerlo de las consecuencias negativas (Chan, Khong, & Wang, 2017).

Se reportan las siguientes estrategias enfocadas en el problema en la literatura: la realización de un análisis causa raíz, el compromiso con la enseñanza a colegas para no repetir el episodio y la necesidad de buscar más información acerca de los pasos a seguir luego del incidente de seguridad. Adicionalmente, el profesional se involucra en discusiones, toma medidas para prevenir la repetición del incidente y adopta una perspectiva de aprendizaje sobre lo sucedido. Este aprendizaje puede darse a través de la búsqueda de información o mediante el consejo de pares, supervisores y otro staff profesional, constituyendo una estrategia clave de afrontamiento ya que posibilita la adquisición de nuevos conocimientos y propicia la modificación de la conducta para prevenir el error en el futuro (Chan, Khong, & Wang, 2017; Van Gerven et al., 2016).

Con respecto a las estrategias enfocadas en las emociones se reportan: el conversar con otros, asumir responsabilidad por lo ocurrido, poner en perspectiva el hecho y buscar una salida alternativa al problema que lo alivie. Como respuestas más defensivas se encuentran la atenuación de responsabilidad, normalización del incidente y la culpabilización del sistema de salud. Se observaron también el retraimiento, la represión y la respuesta de huida como estrategias enfocadas en la emoción que pueden resultar contraproducentes para el profesional (Chan, Khong, & Wang, 2017; Van Gerven et al., 2016).

En un estudio realizado por Van Gerven et al. (2016) se observó que aquellas estrategias focalizadas en el problema resultaron ser las más útiles para ayudar al profesional a lidiar con un incidente de seguridad, ya que llevan a una perspectiva de aprendizaje y cambios constructivos

en su profesión luego de un análisis causa raíz. De todas formas, tanto las estrategias focalizadas en el problema, como aquellas focalizadas en las emociones, pueden resultar útiles para el proceso de sanación del profesional (Van Gerven et al., 2016). El manejo de estrategias de afrontamiento de manera efectiva será una característica clave del sujeto resiliente.

Resiliencia

La resiliencia se define como el proceso por el cual la persona se adapta bien a la adversidad, el trauma, la tragedia, las amenazas o, incluso, a las fuentes significativas de tensión. Abarca conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona (American Psychological Association, 2019). Otros autores, complementan esta definición, definiendo la resiliencia como aquella capacidad de la persona de reintegración del yo que incluye, a nivel consciente, un esfuerzo de seguir adelante de manera positiva y perspicaz como resultado de lo aprendido en la experiencia adversa (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014). La resiliencia de un sujeto dependerá en gran medida de la capacidad que este tenga para utilizar las estrategias de afrontamiento adecuadas en una situación determinada. La capacidad de adaptación, a su vez, posibilitará el uso flexible y apropiado de una amplia variedad de estrategias. Existen autores que también resaltan la importancia de la resiliencia ambiental refiriendo a la capacidad de una organización a desarrollar la resiliencia de sus empleados para lidiar con la adversidad. Dicha capacidad se basa en dos componentes claves: cómo la organización facilita la capacidad de adaptación previa a la exposición y cómo esta apoya al individuo para sostener la resiliencia luego del incidente de seguridad (Clarke, 2007).

Intervención organizacional

Se observa en la literatura numerosa evidencia acerca de la importancia de la respuesta de la organización al incidente de seguridad en el impacto que este tendrá en el profesional de la salud. Las respuestas de apoyo inadecuado y la falta de una investigación clara acerca de lo sucedido parecen prolongar y empeorar las consecuencias negativas (Ullström, Sachs, Hansson, Øvretveit, & Brommels, 2014). Existen en algunas instituciones diferentes programas diseñados

específicamente para la prevención y contención de la segunda víctima (Scott et al., 2010). Sin embargo, no se encuentra en Sudamérica ningún programa que vele por el bienestar del profesional luego de un incidente de seguridad, similar a los desarrollados en Estados Unidos o Europa. En ocasiones, frente al error, la institución suele responder como si se tratase de una anomalía, culpando al profesional y prometiendo que no se repetirá (Estrada S, Brunelli MV, Celano MC, Quiroga A, 2018). Esto no solo refuerza la creencia de infalibilidad del profesional de la salud sino que además aísla a la segunda víctima y la culpabiliza dificultando aún más el uso de ciertas estrategias de afrontamiento como lo son el conversar con otros o la creación de una perspectiva de aprendizaje.

Frente a esta realidad, es necesario que las organizaciones tengan un plan de respuesta para prevenir y apoyar al profesional de la salud involucrado en un incidente de seguridad. En caso de no hacerlo, no solo puede empeorar el cuadro de la segunda víctima, sino que puede también perderse la confianza y respeto en la institución (Denham, 2007). El apoyo a la segunda víctima puede ser brindado por una gran variedad de personas: managers, supervisores, counselors, terapeutas o colegas. Son interacciones clave el estar presente y escuchar de manera activa, permitiendo que la segunda víctima comparta su experiencia personal y el impacto que ha tenido en él (Scott et al., 2009). Muchas de estas interacciones se relacionan directamente con estrategias de afrontamiento mencionadas con anterioridad. Es por esto que se considera que un ambiente laboral de contención y apoyo, que promueva la comunicación abierta y no culpabilice al profesional facilitará el uso de una mayor variedad de estrategias de afrontamiento adecuadas. En situación de crisis, lo que diferenciará a las organizaciones, tanto positiva como negativamente, será en qué medida sus acciones, inmediatamente o a través del tiempo, brindan empatía, apoyo, resolución, aprendizaje y mejoría al profesional. Esto se dará de acuerdo a su cultura de seguridad del paciente, su capacidad de anticipación para dicha crisis y la priorización equilibrada de necesidades del paciente, su familia, el personal médico y la organización (Conway et al., 2010). El apoyo a nivel institucional facilitará, a su vez, la utilización de una mayor variedad de estrategias de afrontamiento adecuadas y más efectivas que faciliten consecuentemente la superación del incidente.

Relevancia de la investigación

Es posible que la percepción y el comportamiento de la segunda víctima se vean influenciados por la diversidad cultural y las diferencias en los sistemas de salud en cada país y región (Chan, Khong, Pei Lin Tan, He, & Wang, 2018). El presente estudio surge frente a la escasez de investigación e información del fenómeno de segunda víctima en Sudamérica y especialmente en la Argentina. Es necesario comprender cómo este se da específicamente en cada cultura para poder desarrollar un programa de prevención y contención que se adecúe a sus particularidades.

Este estudio continúa con el trabajo realizado por Estrada, Brunelli, Celano y Quiroga (2018). En él, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de doscientos ochenta profesionales de enfermería, asistentes de los cursos presenciales del postgrado del área de oncología y neonatología de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral, Argentina. Se administró a esta muestra, no probabilística, una encuesta autoadministrable, anónima y voluntaria. Esta constaba de veinticinco preguntas cerradas y una abierta que exploraban si es que habían cometido un error de medicación, de qué manera habían actuado, qué impacto había tenido este sobre ellos y si es que este les había dejado una enseñanza. Como resultados se observó que el 88,6% manifestó haber cometido un error y el 57% de ellos detectaba la culpa como el sentimiento predominante. Además, se detectó que el 64% de los profesionales manifestó haber aprendido a ser más prudente en la preparación y administración de medicamentos y un 46% refirió necesitar capacitación luego del incidente de seguridad.

El presente estudio profundiza el trabajo realizado por Estrada, Brunelli, Celano y Quiroga (2018) ampliando la muestra de dicho trabajo a otros profesionales de la salud, no limitándose a enfermeros y pudiendo así aportar un enfoque más integral del fenómeno. Además, pone especial énfasis en conocer y comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales de la salud.

Metodología

Diseño metodológico

Se trata de un estudio exploratorio de tipo cualitativo cuyo objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento personales utilizadas por los profesionales de la salud para intentar superar el incidente de seguridad en el que estuvieron involucrados. Este fue aprobado por el Comité Institucional de Evaluación (CIE), bajo el número de resolución 19-017.

La metodología cualitativa estudia los fenómenos en su contexto buscando interpretar los mismos en base a los significados que las propias personas les otorgan. Se interesa, particularmente, en el modo del sujeto de comprender el mundo, sus interacciones y comportamientos así como por las perspectivas, significados y sentidos que atribuye a estos (Vasilachis, 2009). Estos relatos de la experiencias y vivencias subjetivas son una clave esencial de la investigación posibilitando tener en cuenta la multidimensionalidad y la pluralidad de las personas y su realidad social. Considera también la influencia que tendrán los valores, motivaciones y expectativas, tanto de los individuos, como del propio investigador en el estudio (Calderón, 2002).

En este estudio se recurre a la investigación cualitativa dado que el fenómeno no es cuantificable y la naturaleza y el contexto del problema a nivel local no se encuentran bien definidos (Vasilachis de Gialdino et al., 2006). Se elige un diseño cualitativo teniendo en cuenta la importancia de evaluar de manera integral y dinámica el fenómeno, comprendiendo así la experiencia en su complejidad, con las necesidades, expectativas, emociones y el contexto socio-cultural de cada entrevistado. La experiencia de segunda víctima abarca aspectos subjetivos de la persona y es por esto que se utiliza una metodología cualitativa para explorarla ya que esta ofrece la riqueza de poder acceder a estos aspectos de forma rigurosa y comprender en profundidad el proceso de superación del incidente de seguridad y la utilización de estrategias de afrontamiento.

Casos a investigar

El estudio analizará las experiencias y percepciones de profesionales de la salud que hayan estado involucrados en un incidente de seguridad en la atención de salud.

Los criterios de inclusión exigen para la participación que los sujetos:

1. Sean profesionales de la salud en el Hospital Universitario Austral.
2. Hayan estado involucrados en un incidente de seguridad en la atención de salud.
3. Deseen participar voluntariamente del estudio.
4. Completen el consentimiento informado.

Para la selección de los casos se realizó un muestreo intencional debido a que el estudio requería de una muestra con características específicas. Con este tipo de muestreo no probabilístico la selección de los casos depende de las condiciones requeridas para participar. De esta forma, no se busca seleccionar casos de manera aleatoria sino que se buscan casos que sean ricos en información para estudiar en profundidad (Alaminos Chica & Castejón Costa, 2014). Como condición, la muestra debía de contar con un mínimo de cinco participantes o hasta la saturación teórica a partir del análisis de datos. La muestra final incluyó siete profesionales de la salud: cuatro médicos, un enfermero y dos instrumentadores quirúrgicos.

A fin de juzgar la calidad del muestreo en un estudio cualitativo se tienen en cuenta seis criterios (Arantzamendi, Dicastillo & Vivar, 2012). El primero de ellos es la relevancia, en el presente estudio se utiliza un muestreo intencional ya que este asegura la pertinencia de la muestra con respecto al marco conceptual y objetivos planteados. El segundo criterio refiere al fenómeno que se desea investigar, la muestra seleccionada consta en profesionales cuya propia experiencia representa información relevante clave para conocer las estrategias de afrontamiento. Contribuye en este punto el Departamento de Calidad y Seguridad del paciente del Hospital Universitario Austral ya que proporciona el contacto y acceso a la muestra. El tercer criterio tiene en cuenta la planificación del muestreo a fin de potenciar la generalización. Se realiza una preselección de los requisitos que debían cumplir los participantes con el fin de asegurar que estos brinden información relevante a los fines de la investigación. El cuarto criterio convoca al investigador a preguntarse si las descripciones que obtiene serán creíbles y fieles a la realidad. Se considera que más allá de las subjetividades de la narración las descripciones recogidas resultan

creíbles. Como estrategia para asegurar que así sea, la recogida de datos se realiza de manera rigurosa grabando las entrevistas y realizando una transcripción textual de las mismas con el objetivo de que reflejen lo expresado por el entrevistado. Además, se toman notas de campo que contextualizan y acompañan la narración transcrita con información acerca de la comunicación no verbal aportando mayor credibilidad. El quinto criterio refiere a la viabilidad del muestreo, en este caso, el muestreo intencional requiere de bajos a nulos costos en términos de dinero, tiempo y acceso a los casos. Sin embargo, resulta necesaria la colaboración del Departamento de Calidad y Seguridad del paciente del Hospital Universitario Austral para acceder a la muestra adecuada. El sexto y último criterio abarca los aspectos éticos del muestreo. El estudio se presenta frente al Comité Institucional de Evaluación (CIE) con el fin de garantizar sus aspectos éticos. A su vez, al diseñar la investigación se tiene en cuenta y respeta el principio de autonomía, siendo todos los profesionales participantes voluntarios y libres de abandonar la investigación en cualquier momento. Se diseña y utiliza un consentimiento informado para garantizar la comprensión y consentimiento a la investigación. Además, se busca preservar la confidencialidad, respetando el principio de intimidad, eliminando de forma permanente los audios transcritos y eliminando también cualquier dato personal que pudiera llevar a la identificación del profesional.

Recolección de datos

Para la recolección de información, el acceso a los profesionales se dio a través de un empleado del Departamento de Calidad y Seguridad del paciente del Hospital Universitario Austral. Aquella persona que accedía a participar de la investigación fue contactada por el investigador principal para esclarecer y detallar aspectos del estudio, recogida de datos y explicar el consentimiento informado. El consentimiento fue enviado a través de correo electrónico antes de poder acordar día y hora de la entrevista.

Se realizaron entrevistas en profundidad, semi-estructuradas y presenciales. La duración de estas se adaptó a cada caso en particular pero manteniendo un promedio de una hora por entrevista. El uso de preguntas abiertas actúa como disparador para explorar el fenómeno de la segunda víctima. Estas fueron ampliadas y modificadas de acuerdo al análisis emergente de las entrevistas a lo largo de la investigación. Ver la guía en el Anexo.

Criterios de rigor

El rigor se considera un elemento que atraviesa tanto el desarrollo de una investigación como también la aplicación de métodos y técnicas de análisis de datos. Este posibilita valorar la escurpulosidad y garantizar la calidad de un estudio cualitativo. Se distinguen en la bibliografía los siguientes criterios de rigor: la credibilidad, transferibilidad, consistencia, relevancia y adecuación teórico-epistemológico (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Rebolledo-Malpica, 2012).

El rigor en este estudio fue reforzado debido a los siguientes procedimientos: con respecto a la credibilidad, se tuvo la precaución de repreguntar a los participantes a lo largo de las entrevistas acerca de los resultados que se iban recogiendo, se dio también una triangulación entre los investigadores a la hora de analizar estos resultados. En lo que refiere a la transferibilidad, se realizó una recolección de datos exhaustiva y detallada de los casos. Además, se fortaleció la consistencia del estudio a través de la triangulación del diseño y análisis con múltiples investigadores. Sumado a esto, la detallada descripción de cada etapa del estudio facilita la replicabilidad del mismo. A fin de asegurar la confirmabilidad, un procedimiento utilizado fue el de realizar transcripciones textuales de todas las entrevistas con el fin de poder garantizar la veracidad de los resultados. Se tuvo en cuenta también la limitaciones tanto del investigador como del estudio, ambas son descritas más adelante en la investigación. A su vez, se contrastó la información repetidas veces con la literatura revisada teniendo en cuenta hallazgos previos y dificultades de otros estudios similares considerando a su vez la adecuación teórica-epistemológica del estudio. La relevancia del estudio radica en el aporte que este brinda debido a la falta de investigaciones e información sobre la problemática en esta población en particular.

A su vez, la fiabilidad y la validez son dos ejes esenciales del rigor ya que son garantías de la confianza de un estudio. La fiabilidad o consistencia implica la repetición de los resultados en caso de replicar el estudio con su mismo contexto y casos (Figuroa Lizarzaburu, Lizarzaburu Mora, & Sánchez, 2015). Para aumentar la fiabilidad del presente estudio se consultó con

distintos investigadores a lo largo de todo el proceso de investigación buscando una opinión acerca de las estrategias seleccionadas y su aplicación. Se mantuvo un diálogo abierto y una discusión frecuente acerca de los aspectos a mejorar en la investigación. Se utilizó también un sistema de codificación a lo largo del análisis de datos otorgando aún mayor fiabilidad al estudio.

La validez refiere a la correcta interpretación de los resultados, es decir, la medida en que los datos representan con la mayor fidelidad posible al fenómeno en la realidad. Resulta importante la validación ya que esta genera mayor credibilidad y se refiere a la medida en que los datos proporcionados son una representación exacta de los hechos (Calderón, 2002; Noreña et al., 2012). La validez está compuesta por la validez interna (credibilidad) y la validez externa (transferibilidad). A fin de proporcionar validez al estudio los investigadores participaron en todas las etapas del mismo y se consultó, además, a investigadores adicionales, externos a la investigación, con el fin de que estos aporten una nueva mirada crítica sobre lo realizado. Otro procedimiento utilizado para brindar mayor validez fue la triangulación de los investigadores ya que se recurrió a más de una persona para recolectar y analizar los datos. Se tomaron, a su vez, notas de campo en las entrevistas aportando así más información, no verbal, del fenómeno (Cornejo & Salas, 2011).

Análisis de resultados

Las entrevistas fueron transcritas de forma textual en formato digital. Se identificaron los datos con siglas y números con el objetivo de preservar la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Una vez desgrabadas las entrevistas, los audios fueron eliminados para asegurar la protección de identidad de los entrevistados. Para realizar el análisis de contenido, se identificaron y definieron códigos relevantes para el análisis de datos y de este emergen las siguientes categorías en las que se los clasificó: estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones y estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema. Estas categorías coincidieron con aquellas descritas en la bibliografía revisada. En última instancia, se plasmó esta información sobre una matriz en un tabla de datos con el fin de facilitar el análisis.

Resultados

En las entrevistas se identificaron seis estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y diez estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Estrategias de afrontamiento utilizadas por las segundas víctimas en este estudio

Estrategias enfocadas en el problema	Estrategias enfocadas en las emociones
Creación de una perspectiva de aprendizaje (<i>n=7</i>)	Conversar con otros (<i>n=7</i>)
Búsqueda de información (<i>n=3</i>)	Asumir responsabilidad por lo ocurrido (<i>n=7</i>)
Análisis causa raíz (<i>n=6</i>)	Poner en perspectiva el hecho (<i>n=3</i>)
Compromiso con la enseñanza a colegas para no repetir el episodio (<i>n=4</i>)	Buscar una salida alternativa (<i>n=3</i>)
Búsqueda de información acerca de los pasos a seguir luego del incidente de seguridad (<i>n=1</i>)	Atenuación de responsabilidad (<i>n=2</i>)
Medidas de prevención (<i>n=7</i>)	Normalización del incidente (<i>n=3</i>)
	Culpabilización del sistema de salud (<i>n=3</i>)
	Negación (<i>n=3</i>)
	Represión (<i>n=3</i>)
	Respuesta de huida (<i>n=5</i>)

Estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema

Creación de una perspectiva de aprendizaje - El profesional busca aprender y encontrar algo positivo en base a lo ocurrido. Se propone mejorar y ser más cuidadoso buscando prevenir la repetición del incidente de seguridad.

“Yo creo que como aprendizaje (...) que ehm (...) al menos yo, dije: tengo que aprender de esto, no me tiene que volver a pasar.” (Entrevista B1)

“Porque veo que de este paciente no aprendimos nada y eso lo que más me pesa. Porque no ayudó, a nivel institucional, a que seamos todos mejores en función del paciente. (...) porque estamos acá flaco para aprender de los errores. Si no aprendes de los errores estás complicadísimo, como ser humano te digo, ya no como profesional. Como ser humano.” (Entrevista R5)

Búsqueda de información - algunos profesionales mostraron la necesidad de seguir capacitándose y aprender más acerca de su profesión. Se busca de esta manera combatir la sensación de desconfianza de las propias habilidades profesionales luego de un incidente de seguridad. Esto se realizó a través de capacitaciones, lectura e incluso búsqueda de consejo.

“Yo desde mi parte, te digo la verdad, me puse a hacer cursos de capacitación. (...) Y capacitarme más, desde ya. Eso desde ya. Acá adentro o afuera. Más afuera que acá adentro la verdad te digo.” (Entrevista R5)

“Si en cuanto a (...) el interés por saber. Si yo desconozco algo ehm (...), prefiero ir a buscarlo, saber de qué se trata.” (Entrevista B1)

Análisis causa raíz - Mediante esta estrategia el profesional intenta comprender qué fue lo que sucedió. Cómo se dio el incidente de seguridad, cómo se podría haber prevenido. Se pregunta por los errores y las barreras del sistema que debían de frenarlos.

“Esto de volver a pensar, de hablar, que ¿Cómo puede ser?, de ¿Qué pasó?, de tratar de acordarme de un procedimiento que había pasado un mes atrás que no me acordaba.” (Entrevista N3)

“Yo imagínate, revisé hasta los tachos de basura para ver si las ampollas eran las que yo creía haber usado, entonces por descarte fuimos investigando, preguntando a las instrumentadoras y demás.” (Entrevista D7)

Compromiso con la enseñanza a colegas - Al compartir su experiencia el profesional busca enseñar a compañeros dentro del ámbito de la salud con el fin de no repetir el episodio y prevenir futuros incidentes.

“Y si de mí pueden sacar algo en limpio, insistirle a mis compañeros que cumplan. Yo entendí que los procesos (...) se tienen que respetar para evitar todo esto.” (Entrevista B1)

“me tocó trabajar por ahí con una compañera (...) que no hacía el conteo y yo le decía: hacé el conteo, me pasó esto hace una semana. O sea me pasó a mí, no le pasó a otro, no me están contando una historia, o sea me pasó a mí. Tené cuidado.” (Entrevista N3)

Búsqueda de información acerca de los pasos a seguir luego del incidente de seguridad - Frente al miedo de una posible consecuencia legal algunos profesionales manifestaron la necesidad de tener más información sobre cómo proseguir. El no saber qué podría llegar a suceder generó en algunos casos un estrés adicional posterior al incidente de seguridad.

“Lo que yo creo es que por ahí lo que se puede mejorar en el hospital es que ante un accidente, que uno tiene alto riesgo de terminar en algo legal, que haya un Comité que diga bueno che, vamos a armarnos. Vamos a decir lo mismo, vamos a establecer una estrategia, vamos a ver que conviene decir.” (Entrevista J4)

Medidas de prevención - Luego del incidente de seguridad todos los entrevistados tomaron precauciones y cuidados para sentirse más seguros y prevenir futuros incidentes.

“después de eso es como que digo: No, si yo no sé este medicamento para que es, prefiero esperar y darlo a lo último.” (Entrevista B1)

“Así que después de ahí hice todos procedimientos de muy baja complejidad.” (Entrevista D7)

“Nunca más hago algo que yo no estoy de acuerdo. Nunca más.” (Entrevista E6)

Estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones

Conversar con otros - La mayoría de los profesionales buscan hablar acerca de lo ocurrido. Generalmente, se busca en esta conversación recibir apoyo, aprender de otros y enseñar a otros acerca del accidente.

“Cada uno tiene un mecanismo de defensa distinto. Le digo, yo lo digo. Le digo no sé, para mí hablarlo, más con mis pares (...) No sé, por ahí buscar un aceptación de la otra parte, del otro lado. Explicarles que entendí cuál era el motivo por el cual el paciente se descompensó (...) Si, yo, (...) lo hablé en su momento con gente y; de hecho con los que vi que no entendían, no hable más. Preferí callarme.” (Entrevista B1)

“Mirá, a mí lo que me ayudó fue contarle dieciocho mil veces a colegas de acá que me entienden.” (Entrevista E6)

“Y yo creo que un apoyo afectivo fundamental. Una palmadita, un bálsamo, una caricia, un besito.” (Entrevista R5)

Asumir responsabilidad por lo ocurrido - Aceptar la situación reconociendo la propia responsabilidad dentro de ella resultó una estrategia frecuentemente utilizada. Los profesionales, en su mayoría, pudieron identificar el impacto de sus acciones y sentirse responsables por ellas.

“Yo sabía que no era mi obligación pero yo sentía la responsabilidad de quedarme ahí a ver qué pasaba; qué pasaba y (...). No sé, una sensación de responsabilidad de quedarme, de que si la paciente se complicaba más yo necesitaba estar ahí.” (Entrevista N3)

“Porque vos te sentís un poco con una mochilita de responsabilidad. Que justamente es como que vos saltas del barco cuando el barco se hunde y no. Hay que estar. Hay que estar y ponerle el pecho a las balas. Porque fue así.” (Entrevista R5)

Poner en perspectiva el hecho - En algunos casos, las segundas víctimas separaron su vida personal de la laboral e intentaron seguir con ellas como si el hecho fuera algo aislado sin impacto sobre otros ámbitos de su vida.

“yo te puedo decir que en estos años, me he dado cuenta que uno para funcionar, sobre todo en la alta complejidad tiene que disociarse. Estoy hablando psicológicamente, disociarse (...) Porque uno actúa con el método y la experiencia para ser operativo porque si uno empieza a sentir cosas, o sea (...) ehm (...) lo que juega la vida.” (Entrevista D7)

“O sea por suerte puedo desconectarme enseguida cuando salgo de vacaciones.” (Entrevista N3)

Buscar una salida alternativa - Hubo también profesionales que buscaron otras maneras de reducir el estrés y las emociones negativas ocasionadas por el incidente de seguridad. Entre ellas se encontraron el asistir a terapia, hacer deporte, trabajar para reafirmarse y tomarse unas vacaciones.

“Y, empecé a hacer terapia para sobrellevar, yo creo que más que nada el maltrato o el destrato. (...) Ahí tuve un problemita de salud y empecé actividad física.” (Entrevista R5)

“yo salí del hospital y me fui inmediatamente, me fui a los días siguientes a hacer cirugía (...) era nada más para probarme. (...) querían darme una mano, como ratificarme la confianza y me llamaban para trabajar afuera. (...) Uy bueno, yo empecé terapia.”

(Entrevista D7)

Atenuación de responsabilidad - En algunos casos el profesional consideraba que la responsabilidad no era totalmente suya e incluía a otros colegas como responsables del incidente de seguridad.

“Yo creo, yo lo que creo que la culpa, si hay que poner, la palabra culpa para mí no existe. Pero bueno, si hay que poner es un 50 y un 50. Un 70 y un 30. ¿Partimos la diferencia?” (Entrevista R5)

“la asistente (...) me cargó en vez de solución fisiológica, clorhexidina de alcohol y supuestamente yo lavé las vías centrales con clorhexidina de alcohol. Supuestamente, no lo pude constatar.” (Entrevista D7)

Normalización del incidente - Algunos profesionales normalizaron el incidente de seguridad considerando la frecuencia con la que estos suelen ocurrir o las dificultades de su profesión en sí.

“Sí sí, que fue un error. Y así como me pasó a mí, podía pasarle a cualquiera.” (Entrevista N2)

“Que estas son cosas que te pueden pasar como médico.” (Entrevista J4)

Culpabilización del sistema de salud - En algunos casos, el profesional atribuía a las circunstancias o al sistema de salud la responsabilidad de lo ocurrido, evitando así asumir su propia responsabilidad por el incidente de seguridad.

“Mirá, estas cosas pasan; los errores pasan, los hospitales son inseguros en un montón de cosas que se hacen adentro del hospital y el hospital no las va a ocultar; trabaja para mejorarlas.” (Entrevista B1)

“fue parte de la distracción, estábamos todos enloquecidos por la Joint Commission y la verdad estábamos más preocupados por escribir que por ver a los pacientes.” (Entrevista J4)

“la falta total de apoyo de las personas que me forzaron a hacerlo. Me forzaron a hacerlo.” (Entrevista E6)

Negación - La negación del incidente llevó a algunos profesionales a volver al trabajo como si nada hubiera pasado. Otros tuvieron dificultad, en un primer momento, para creer que el incidente hubiera verdaderamente sucedido.

“Bueno, el último incidente; que creo que es el que motivó para que yo esté acá, es un incidente que yo no lo reconocí como incidente y que bueno (...) me sorprendió.” (Entrevista D7)

“No lo podía creer; no lo podía creer (...) que hasta que no lo viera yo no lo podía creer y que no fue con intención de ocultar la información y de taparlo.” (Entrevista N3)

Represión - Algunos profesionales olvidaron gran parte de los sucesos sin importar hace cuánto tiempo había transcurrido.

“No me acuerdo (...) Mi sensación es que lo tengo totalmente bloqueado (...) este (...) no la verdad que no.” (Entrevista N3)

“Que me cuesta, si no recorro a la historia clínica me cuesta recordar cosas, como que tengo blancos del episodio en sí.” (Entrevista R5)

Respuesta de huida - A través de medios físicos o psíquicos el sujeto intenta o tiene el deseo de retirarse de aquella situación que le ha generado malestar. Los profesionales llegaban a distanciarse, deseaban evitar pacientes similares o incluso consideraron el abandono de la profesión.

“La verdad, lo primero que me surgió, me tengo que dedicar a otra cosa porque con esto... Yo creo que es como una crisis de autoestima si yo tengo que resumir lo que me pasó. Quería dejar el lugar, quería dejar.” (Entrevista R5)

“yo sentía que no podía trabajar. O sea, no que no podía trabajar; yo no confiaba en mí misma para hacer una procedimiento. Es decir, ¿cómo voy a estar segura de mí sí me equivoqué una vez? (...) Y el sentimiento era de desconfianza hacia mí misma.”

(Entrevista N3)

Discusión

En el presente estudio se observan variadas estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales de la salud como herramientas para mitigar el impacto que el incidente de seguridad tuvo sobre ellos. Se identifican múltiples estrategias, no exclusivas, luego de un incidente de seguridad incluyendo aquellas enfocadas en el problema y aquellas enfocadas en las emociones. Las estrategias de afrontamiento descritas coinciden en su gran mayoría con aquellas detalladas en la bibliografía revisada. Sin embargo, no se incluyeron dos de ellas encontradas en la bibliografía ya que estas no surgieron del análisis de las entrevistas (discusión y retraimiento).

De acuerdo a lo descrito por los profesionales se reconocen las estrategias de afrontamiento como factores claves para la recuperación luego de un incidente de seguridad. Surgieron en las entrevistas como aquellas herramientas necesarias, sin las cuales los entrevistados consideraban que su desarrollo hubiese sido peor. Sin embargo, se encontraron algunos casos en donde el profesional refería específicamente no haber deseado utilizar cierta estrategia de afrontamiento como conversar con otros o la respuesta de huida. Se considera que esto se debe a la preferencia particular de cada sujeto. La bibliografía revisada establece que la eficacia de cada estrategia de afrontamiento dependerá de la persona y del contexto en el que sea utilizada. Es decir, solamente será útil aquella estrategia que responda en medida apropiada a las necesidades particulares de cada sujeto y en el momento adecuado (Lazarus & Folkman, 1984; Van Gerven et al., 2016)

Se observa también que las estrategias enfocadas en las emociones se utilizan con mayor frecuencia y variedad que aquellas enfocadas en el problema. Esta información se contrapone a algunos estudios cuantitativos en donde se considera que las estrategias enfocadas en el problema son utilizadas con mayor frecuencia que aquellas enfocadas en las emociones (Chan, Khong, & Wang, 2017).

Se destacan cuatro estrategias de afrontamiento predominantes debido a que todos los entrevistados refirieron haberlas utilizado en algún momento luego del incidente de seguridad.

Estas son: creación de una perspectiva de aprendizaje, toma de medidas de prevención, conversar con otros y asumir responsabilidad por lo ocurrido.

Creación de una perspectiva de aprendizaje: La creación de una perspectiva de aprendizaje resulta una estrategia central en la recuperación del incidente de seguridad. Esta posibilitará tomar a su vez medidas de prevención y colaborará al crecimiento y mejora tanto del profesional como de la institución. La resiliencia personal se encuentra íntimamente relacionada con una perspectiva de aprendizaje. El profesional debe ser capaz de adaptarse y aprender tanto de sus aciertos como de sus errores para así poder salir fortalecido luego de un incidente de seguridad y mitigar el impacto que este tiene sobre él (Coughlan et al., 2017). Además, se considera que el aprendizaje permite que la segunda víctima atraviese la crisis y mantenga su identidad profesional (Treiber & Jones, 2010).

Toma de medidas de prevención: La toma de medidas de prevención surge como consecuencia de la creación de una perspectiva de aprendizaje. Habiendo aprendido del incidente de seguridad el profesional se compromete a no repetirlo y esto resulta en una modificación en su conducta y en su práctica profesional. Es así que el profesional incrementa su vigilancia y cuidado en la práctica profesional (Chan et al., 2017). Se considera que la culpa cumple también un rol importante en la toma de medidas de prevención, siendo esta un refuerzo sobre la necesidad de evitar futuros incidentes (Treiber & Jones, 2010).

Conversar con otros: Conversar resulta una estrategia esencial ya que alivia sentimientos de culpa y de duda acerca de las propias capacidades. Además, posibilita el aprendizaje y previene el aislamiento de las segundas víctimas. Se ha observado una preferencia a conversar con otros profesionales de la salud por sobre familia o amigos que no sean del ámbito debido a su capacidad de identificarse y comprender la experiencia (Kaldjian et al., 2008; Engel et al., 2006). Sin embargo, existen conversaciones que no resultan útiles para la superación del incidente de seguridad. Aquellas que fueron insensibles, deshonestas o defensivas pueden perjudicar a la segunda víctima y resultar en un desarrollo aún menos favorable. Es aquí donde la institución cumple una función esencial y debe buscar brindar un apoyo adecuado y facilitar el proceso para el profesional que sufre. La institución, teniendo en cuenta la importancia de la resiliencia ambiental, debe comprometerse a facilitar la capacidad de adaptación del profesional

y acompañarlo a sostener la resiliencia personal luego del incidente de seguridad (Clarke, 2007; Ullström et al., 2014).

Asumir responsabilidad por lo ocurrido: La toma de responsabilidad propia en el incidente de seguridad parece ser un tema recurrente. Los profesionales, en su mayoría, describen los incidentes con angustia y refieren sentirse culpables. Se observa en la bibliografía que el asumir la responsabilidad se encuentra relacionado con cambios constructivos en la práctica. A su vez, se evidencia que el incidente de seguridad puede ser fuente de aprendizaje y cambio constructivo cuando la institución acompaña al profesional sin culpabilizar y fomentando el uso de estrategias de enfrentamiento constructivas (Karga, Kiekkas, Aretha & Lemonidou, 2011).

Limitaciones del estudio

Se considera una limitación del estudio el tamaño de la muestra, siendo esta de siete casos debido a la falta de un mayor número de profesionales que cumplieran con las condiciones del muestreo intencional. La dificultad de ubicarse como investigador frente a un otro que sufre fue una limitación que se tuvo en cuenta desde el diseño de la investigación y se observó también al momento de tomar las entrevistas. Debido a la implicación emocional, en una entrevista no se llegó a indagar lo suficiente acerca de la experiencia de segunda víctima. De todas formas, esta proporcionó información valiosa para la investigación por la que se la conservó como parte de la muestra. Otra limitación detectada es que la mayoría de los casos analizados estaban relacionados con incidentes de seguridad graves habiendo priorizado la toma de entrevistas a casos con eventos centinela sobre incidentes de menor gravedad. Este estudio no exploró aquellas experiencias de segunda víctima en casos donde el daño al paciente haya sido menor.

Futuras investigaciones acerca de estas experiencias no exploradas serán relevantes para el estudio de la problemática. Surgen, como futuras líneas de investigación, el estudio del nivel de efectividad de cada estrategia de afrontamiento en particular y las circunstancias en las que esta resulta adecuada.

Implicaciones para la práctica

Queda establecido que un mismo incidente puede generar en dos personas un impacto y una reacción totalmente diferente. Por lo tanto, resulta esencial comprender la compleja realidad de cada sujeto para poder apoyar y acompañar a cada uno de acuerdo a sus necesidades. El apoyo individual y especializado debe ser diseñado y llevado a cabo con cautela considerando que no a todos los profesionales les fueron útiles las mismas estrategias y que incluso algunos rechazaron explícitamente algunas. De todas formas, se considera necesario fomentar una cultura de seguridad centrada en brindar apoyo y no en culpabilizar al profesional.

Resulta relevante tener en cuenta también que cualquier profesional de la salud puede convertirse en una segunda víctima, más allá de la gravedad del incidente, sus años de experiencia o área en la que se desempeña. Por esta razón, es necesario incorporar una mirada atenta y consciente para detectar posibles víctimas y sus necesidades dentro del ámbito de la salud. Desde este punto de vista, se convierte también en una prioridad para la formación de los profesionales el generar conciencia del impacto que esta profesión puede llegar a tener en ellos y brindarles herramientas desde la universidad sobre cómo manejarlas.

Por último, se observó también un fuerte interés por parte de los profesionales de la salud en participar e instruir a otros compañeros acerca de su experiencia. La mayoría refería querer mejorar las condiciones de la institución para prevenirles a otros profesionales la experiencia que ellos atravesaron. Por lo tanto, se considera necesario abrir espacios en donde las segundas víctimas puedan involucrarse en la educación a otros y en la propuesta de mejoras a realizar en el sistema ya existente.

Conclusión

El presente estudio evidencia la amplia variedad de estrategias de afrontamiento utilizadas por el profesional de la salud luego de un incidente de seguridad. Estas resultan herramientas claves para la superación del incidente y se destaca especialmente el modo único y particular de cada sujeto para elegir y emplearlas de acuerdo a sus necesidades. Resulta esencial, por lo tanto, a la hora de acompañar a la segunda víctima, comprender primero la experiencia personal de cada persona para así poder asistirle y contenerla de la manera más adecuada y efectiva.

Se destaca, a su vez, el rol de la institución teniendo en cuenta que, si se espera que los profesionales de la salud sean sujetos resilientes, deberán contar con la capacidad de utilizar las estrategias de afrontamiento acorde a sus necesidades y ser acompañados en este proceso por la institución en la que se encuentran inmersos. Por lo tanto será necesario, como institución, no solo contar con un protocolo establecido de cuidado de la segunda víctima, sino también, tener en cuenta las estrategias de afrontamiento a la hora de diseñarlo, considerando la capacidad que estas tienen de mitigar el impacto negativo del incidente de seguridad.

Se concluye entonces que frente a un incidente de seguridad, debe considerarse a la persona y su experiencia de manera integral, teniendo en cuenta las estrategias de afrontamiento, las posibilidades de superación del incidente y el rol de la institución en este proceso. Solo así se podrá acompañar al profesional de la salud que se ha convertido en una segunda víctima, posibilitando que este resulte fortalecido, tanto personal como profesionalmente.

Lista de referencias

- American Psychological Association. (2019). *The road to resilience*. Washington, DC: American Psychological Association. Recuperado de <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Alaminos Chica, A., & Castejón Costa, J. L. (2014). Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión. In *Critical Care Medicine*. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000457813.83878.83>
- Arantzamendi, M., de Dicastillo, O. L., & Vivar, C. G. (2012). *Investigación cualitativa: manual para principiantes*. Eunate.
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473–482. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272002000500009>
- Chan, S. T., Khong, B. P. C., Pei Lin Tan, L., He, H. G., & Wang, W. (2018). Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 20(2), 165–172. <https://doi.org/10.1111/nhs.12397>
- Chan, S. T., Khong, B. P. C., & Wang, W. (2017). Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *International Nursing Review*, 64(2), 242–262. <https://doi.org/10.1111/inr.12317>
- Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med*. 1992;7(4):424–31.
- Clarke, J. (2007). Promoting Professional Resilience. In *Contemporary Risk Assessment in Safeguarding Children* (pp. 164–180).
- Conway, J., Federico, F., Stewart, K., & Campbell, M. J. (2010). Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events. *IHI Innovation Series White Paper*. Retrieved from www.IHI.org
- Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: Un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 10(2), 12–34. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol10-issue2-fulltext-144>

- Coughlan, B., Powell, D., & Higgins, M. F. (2017). The Second Victim: A Review. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 213(2017), 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002>
- Denham, C. R. (2007). Trust: The 5 Rights of the Second Victim. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 107–120.
- Estrada S, Brunelli MV, Celano MC, Quiroga A, C. G. (2018). El Impacto Del Error De Medicación En Los Profesionales De Enfermería. *Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm.*, 8 (2)(2), 40–45. Retrieved from <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/279/el-impacto-del-error-de-medicacion-en-los-profesionales-de-enfermeria/>
- Figueroa Lizarzaburu, A. E., Lizarzaburu Mora, A. S., & Sánchez, A. V. (2015). Validez interna y externa de la investigación cualitativa. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 1988–7833(2015–12), 1–6.
- Gómez, O., Soto, A., Arenas, A., Garzón, J., González, A., & Mateus, E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances En Enfermería*, 29(2), 363–374. Retrieved from <http://www.index-f.com/rae/292pdf/363374.pdf>
- Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. (2015). *Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas*. Retrieved from <http://www.segundasvictimas.es/acceso.php>
- Karga, M., Kiekkas, P., Aretha, D. & Lemonidou, C. (2011) Changes in nursing practice: associations with responses to and coping with errors. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3246–3255
- Kaldjian, L.C., et al. (2008) Do faculty and resident physicians discuss their medical errors? *Journal of Medical Ethics*, 34, 717–722.
- Kennedy EM, Heard SR. Making mistakes in practice. Developing a consensus statement. *Aust Fam Physician*. 2001;30(3): 295–9.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). To err is human: Building a safer health system. In *The National Academies* (Vol. 71). <https://doi.org/10.17226/9728>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company New York.
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, *12*(3), 263–274. [https://doi.org/10.1016/0039-128X\(76\)90106-9](https://doi.org/10.1016/0039-128X(76)90106-9)
- Rassin, M., Kanti, T., & Silner, D. (2005). Chronology of medication errors by nurses: Accumulation of stresses and PTSD symptoms. *Issues in Mental Health Nursing*, *26*(8), 873–886. <https://doi.org/10.1080/01612840500184566>
- Schwappach, D. L. B., & Boluarte, T. A. (2008). The emotional impact of medical error involvement on physicians : a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Medical Weekly*, *8*, 9–15.
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *BMJ Quality and Safety*, *18*(5), 325–330. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Hall, L. W. (2010). Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *36*(5), 233–240. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36038-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36038-7)
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(February). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. (2014). Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Quality and Safety*, *23*, 325–331. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>
- Van Gerven, E., Deweer, D., Scott, S. D., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2016). Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. *Revista de Calidad Asistencial*, *31*(xx), 34–46. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.02.003>

- Vasilachis de Gialdino, I. (2009). Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa. *Forum Qualitative Social Research*, 10(2), 26. Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1299/2779>
- Vasilachis de Gialdino, I., Ameigeiras, A. R., Chernobilsky, L. B., Giménez Beliveau, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., Soneira, A. J. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. In *Barcelona: Gedisa*.
- World Health Organization (2009). *Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009*. WHO, 1–160. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- World Health Organization & World Alliance for Patient Safety. Research Priority Setting Working Group. (2008). *Summary of the evidence on patient safety : implications for research*. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/43874>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too. *British Journal of Hospital Medicine*, 172 (June), 358–359. Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/235219717_2012_McCay_BJHM_Second_Victim/file/79e415108140f71e99.pdf
- Wu, A. W., & Steckelberg, R. C. (2012). Medical error, incident investigation and the second victim: Doing better but feeling worse? *BMJ Quality and Safety*, 21(4), 267–270. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000605>

Anexo

Guía de preguntas abiertas

Datos sociodemográficos

1. Sexo
2. Profesión
3. Años de experiencia profesional

Detalles del evento:

1. Tiempo aproximado desde que ocurrió el evento
2. Tipo de evento (error médico vs evento adverso no esperado)
3. ¿Cuál fue su participación en el evento?
4. ¿Qué resultados trajo el evento en el paciente?

Experiencia personal y profesional:

1. ¿Recuerda Ud. cómo se sintió inmediatamente después del incidente?
2. ¿Tuvo alguna necesidad (a nivel emocional, físico, profesional)?
3. ¿Expresó o comentó a alguien esa necesidad? ¿Tuvo alguna respuesta?
4. Si tuvo respuesta: ¿Cuál? ¿por parte de quién? ¿Esa respuesta pudo cubrir su necesidad?
5. ¿Presentó alguna necesidad que no fue atendida en su momento? ¿Qué pasó con ella?
6. ¿Destaca alguna conducta que le haya sido útil en ese momento?
7. ¿Cree que el incidente le impactó en su vida profesional? ¿Hay algo que cambió en Ud.? ¿Qué? ¿Cómo?
8. Si percibe un cambio: ¿Considera ese cambio como algo bueno, malo o neutro?
9. Cuando se encuentra preocupado o estresado por algún problema relacionado con el trabajo, ¿cómo suele manejar este tipo de situaciones?
10. ¿A quién suele recurrir en busca de consejo o apoyo acerca de situaciones relacionadas con el trabajo?

11. A nivel profesional, cuando volvió a atender pacientes luego del incidente ¿sintió algo distinto? (a veces las personas experimentan miedo, inseguridad, vergüenza, incapacidad para seguir atendiendo pacientes, deseos de no volver a trabajar) ¿le pasó algo así a Ud.? ¿Pasó Ud. por algún otro sentimiento que no hayamos hablado en relación a su desempeño profesional?