



**UNIVERSIDAD AUSTRAL
FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS**

Segundas Víctimas: Consecuencias Psíquicas y Apoyos

COORDINADORAS: Dr. Lucia Alba, Mg. Silvina Miceli
DIRECTORA: Mg. Ma. Victoria Brunelli
ALUMNA: María Belén Moran Rodríguez
CARRERA: Licenciatura en Psicología.
AÑO: 2020

Índice

Resumen	3
Introducción.....	3
Objetivos:	3
Método.....	3
Resultados:	4
Conclusión:.....	4
Palabras Clave	4
Introducción.....	5
Antecedentes	5
Seguridad del Paciente	6
Conceptualización de Error Médico/ Evento Adverso	7
Segunda Víctima	8
Etapas en el proceso de recuperación	9
Sintomatología.....	10
Importancia del apoyo a la Segunda Víctima	12
TRUST: Derechos de la Segunda Víctima	13
Síntesis.....	13
Método.....	14
Objetivos:	14
Diseño.....	14
Procedimiento para la Recolección de Información.....	15
Método de recolección de datos	15
Plan de Análisis de los Resultados	15
Confidencialidad de los Datos y Protección de la Identidad de los Participantes	16
Criterios de Rigor	17
Resultados	17
Discusión:.....	24
Limitaciones	27
Conclusión.....	27
Agradecimientos.....	29
Referencias Bibliográficas.....	30
Anexos.....	32
Guía de preguntas abiertas.....	33

Segunda Víctimas: Consecuencias Psíquicas y Apoyos

Resumen

Introducción

Dada la complejidad que supone el ejercicio de los profesionales de la salud; es habitual que se encuentren expuestos a diversos eventos adversos (EA). Dichos sucesos podrían llegar a ubicarlos en una posición de segundas víctimas, que como consecuencia, podría conllevar al padecimiento de severas alteraciones psíquicas y la búsqueda de diversas redes de apoyo para poder sobrellevar la situación.

Objetivos:

General:

- Indagar las respuestas emocionales que presentan profesionales de la salud del Hospital Universitario Austral, luego de participar en un EA.

Específico:

- Explorar las redes de apoyo percibidas por las *segundas víctimas*.

Método

Se realizaron siete entrevistas en profundidad a profesionales de la salud que estuvieron involucrados en un incidente de seguridad en la atención al paciente. La información se recabó a través de entrevistas con cada sujeto. Las entrevistas se realizaron de forma semiestructurada con preguntas abiertas que actuaron como disparadores para abordar el fenómeno de estudio. Durante la realización de las mismas, estas se grabaron en audio; luego se transcribieron y finalmente se analizaron en profundidad. El análisis de contenido se vio facilitado por un proceso de codificación que luego dio lugar a la creación de categorías generales. Las categorías principales identificadas fueron: Sintomatología Presente, Efectos en el ejercicio profesional posteriores al EA, Características de los participantes que contribuyeron a atenuar o exacerbar el impacto psicológico, Consecuencias Generales del EA y Factores externos que contribuyeron en la rehabilitación (redes de apoyo percibidas).

Resultados:

En base a los hallazgos del estudio se podría afirmar que gran parte de los profesionales de salud implicados en EA sufren luego del evento diversas alteraciones psicológicas tales como: shock, recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes del hecho, sueños perturbadores, pesadillas o insomnio, angustia emocional intensa, pensamientos negativos acerca de si mismos, desesperanza respecto a su futuro laboral, problemas de memoria, problemas de ansiedad, sentimientos abrumadores de culpa o vergüenza y depresión.

Conclusión:

A partir de los hallazgos de esta investigación se concluye que sería aconsejable para las distintas instituciones sanitarias que se pudieran tomar medidas para reforzar una cultura de seguridad y crear intervenciones que incluyan el abordaje de las necesidades de las segundas víctimas cuando ocurran estos incidentes. Más aún, en el futuro, nuevas líneas de investigación podrían indagar sobre protocolos y abordajes específicos de rehabilitación para profesionales de la salud dentro de los contextos institucionales en los que se encuentren inmersos.

Palabras Clave: seguridad del paciente; segunda víctima; evento adverso; alteraciones psicológicas, apoyo a segunda víctima.

Introducción

Antecedentes

Entre 44000 y 98000 estadounidenses mueren al año víctimas de errores médicos. Esto revela que la compleja y especializada actividad asistencial de la salud, con sus avances en el desarrollo tecnológico y protocolos minuciosamente diseñados, no es una práctica infalible (Institute of Medicine, 1999).

Si bien después de la Segunda Guerra Mundial, se comenzó a prestar mayor atención a lo que es la seguridad del paciente, fue recién luego de la publicación del Institute of Medicine (1999), que las distintas organizaciones sanitarias comenzaron a trabajar sobre este elemento (Portela , Bugarín , Rodríguez & Alonso , 2018).

Al día de hoy, se han realizado ya varios estudios examinando el impacto que tiene sobre los profesionales de la salud el haber sido parte de un EA (evento adverso). Se pretende a través de estas investigaciones poder crear diferentes dispositivos para apoyar a los profesionales en su proceso de rehabilitación tras lo acontecido.

Una investigación que ejemplifica esto fue realizada en Singapur con el objetivo de conocer las respuestas psicológicas, estrategias de afrontamiento y necesidad de contención que manifestaban enfermeros/as, segundas víctimas. A través de este estudio se pudo identificar específicamente la sintomatología que experimentaban sujetos orientales tras vivir este tipo de acontecimientos. Se dividieron los síntomas identificados en diferentes áreas temáticas para facilitar su análisis. Se registraron siete áreas mencionadas a continuación: respuesta psicológica luego del evento, percepción de prejuicios externos, pensamientos intrusivos, lección valiosa derivada a partir del evento, afrontamiento del acontecimiento, asumir la responsabilidad de los errores cometidos y descubrimiento de la propia identidad. La finalidad de esta investigación fue aportar información para guiar, a futuro, la elaboración de programas de apoyo efectivos para las segundas víctimas (Chan Shi Teng, Khong Betty Peck Chui, Pei Lin Tan Lynnette, He Hong-Gu, 2018).

En la investigación que se llevará a cabo, se procurará ampliar el análisis de la sintomatología psicológica que presentan las segundas víctimas. Se estudiarán casos de un hospital en occidente (Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina, Latinoamérica). El fin es poder identificar particularmente los síntomas que podrían manifestar las segundas víctimas dentro de esta área geográfica. Asimismo, se apunta poder,

identificar aquellas redes de contención percibidas por los sujetos en este hemisferio que contribuyen positivamente a su rehabilitación.

Si bien no se ha de enfocar la investigación específicamente sobre programas de apoyo; es importante destacar que en base a investigaciones ya realizadas se han elaborado varios programas de apoyo para las segundas víctimas. El desarrollo de dichos abordajes se ha realizado en función de las necesidades que manifestaban las segundas víctimas y los recursos con los que contaban las instituciones. Un ejemplo es la creación e incorporación del programa RISE (Resilience In Stressful Events) desarrollado e implementado por profesionales en el Hospital John Hopkins justamente por una cuestión de necesidad frente al reconocimiento de la dificultad de la institución para proveer apoyo consistente y oportuno a sus segundas víctimas (Edrees et al., 2016) . Otro ejemplo es el del departamento de farmacia del Nationwide Children's Hospital (NCH). Como el Hospital John Hopkins, desarrollaron un programa denominado YOU Matter basándose en el modelo de intervención de Scott de tres niveles (Krzan, Merandi & Morvay, 2015).

Seguridad del Paciente

Según la OMS, se entiende la seguridad del paciente como “(...) la ausencia o reducción del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la acción sanitaria”(WHO, 2009: 22). Abordar este tema resulta de suma importancia; en primer lugar, porque es crucial para la prevención de daños en la salud de los pacientes. Atender a la segunda víctima no es solo cuidar al profesional, sino también cuidar a los pacientes. Implica la comprensión de que esa persona, en ese momento, no puede seguir ejerciendo su rol y podría llegar a ser concebida como una medida de reducción de riesgo; entendiéndose esta como una acción encaminada a controlar futuros daños asociados al incidente o la probabilidad de que se produzcan otros (WHO, 2009). Por lo cual, asistiendo a la segunda víctima se estaría realizando un trabajo de prevención en relación al daño a pacientes, así como también se le estaría dando la posibilidad al profesional sanitario de acceder a recursos para recuperarse y poder volver a ejercer su profesión.

En segundo lugar, porque la falta de atención en esta área puede generar un impacto extremadamente negativo a nivel económico y social para la organización sanitaria comprometida. Desde una mirada económica, Fernando Antoñanzas Villar (2013) postula que el importe de la falta de seguridad en el Sistema Nacional de Seguridad (SNS) español representa un 6% del gasto sanitario anual del SNS. Esto equivaldría a 2.474 millones de

euros en los pacientes hospitalizados y 960 millones en los no hospitalizados (Antoñanzas Villar, 2013).

En tercer lugar, porque permite prevenir un impacto psicológico negativo tras el desarrollo de eventos adversos en el personal de la salud. Independientemente de que se tomen todas las medidas necesarias para evitar el error médico al promover el desarrollo de la seguridad de los pacientes; errar es humano y el personal sanitario no deja de estar conformado por personas. Siempre existirá un riesgo a errar. No obstante, es importante centrar la atención en conocer cuáles son las causas y consecuencias de los errores, y diseñar las estrategias necesarias para minimizarlos.

Conceptualización de Error Médico/ Evento Adverso

Un error es entendido como una ejecución inadecuada frente de una acción que ha sido planificada. Para poder comprender como se concibe e interpreta el error humano dentro del ámbito de la salud, Reason (2000) propone estudiarlo desde dos enfoques:

- 1) Centrado en las personas
- 2) Centrado en los sistemas (Modelo Sistémico).

El primer modelo parte de la premisa de que las personas son la causa de los errores. El error es concebido desde un punto de vista estrictamente individual; quien obró mal es quién ha de asumir la responsabilidad por lo acontecido. Por lo general, en el ámbito de la salud mental, la existencia de estos errores se explica a través de procesos mentales incorrectos que tuvo quien cometió el error. Algunos de estos procesos podrían ser: falta de memoria, falta de sueño, falta de atención, etc. Quienes plantean este enfoque sugieren que la forma de tratar estos errores, para prevenir su repetición, es a través de la identificación de los culpables, el readiestramiento y emprendimiento de acciones disciplinarias (Reason, 2000).

En contraposición a la visión anterior, el enfoque centrado en los sistemas parte de la premisa de que todos los seres humanos fallan. Puesto que es esperable que erren, los errores son previsibles. Desde este enfoque, el error está en relación con el colectivo, con el sistema. No presenta una relación lineal de causa-efecto. Los errores se presentan como consecuencias y no como causas y tienen su origen en fallos dentro del entorno asistencial que son consecuencia de alteraciones en los procedimientos que se aplican.

Desde la perspectiva sistémica, en lugar de encontrar un culpable a quien readiestrar y sancionar; las acciones van dirigidas a prevenir el error, minimizar el riesgo y rediseñar los procedimientos de manera que sean seguros. Esto no significa que no sea posible fallar. Ni los procedimientos se vuelven infalibles, ni los sujetos pueden bajar la guardia. El objetivo es

modificar las circunstancias para bajar la probabilidad de riesgo y que las personas puedan ser más efectivas (Reason, 2000). En este sentido conviene señalar que la atención de salud es un proceso complejo en que se ven involucrados varios factores. Por ello ante un error, es importante analizar todos los factores intervinientes de manera tal que se puedan fortalecer las barreras para lograr que el mismo error no llegue al paciente.

Segunda Víctima

Antes de pasar a definir concretamente el término de Segunda Víctima, es necesario comprender el concepto de *evento adverso* (EA). Se entiende un EA como un incidente que causa daño al paciente; concibiendo el daño como una alteración estructural o funcional del organismo del sujeto (WHO, 2009).

En relación al profesional protagonista del EA dentro del ámbito de salud, Albert Wu acuñó el término segunda víctima. Es decir, la segunda víctima sería aquel profesional que participó en un evento adverso (EA) inevitable, que quedó traumatizado por esa experiencia y no fue capaz de afrontarla emocionalmente. Es importante señalar que no es sólo el error clínico el que produce un EA. La experiencia de la segunda víctima viene dada por el daño independientemente de su origen (Carrillo et al., 2016)

En el 2009 Scott y colaboradores (Scott et al., 2009) ampliaron esta definición, haciendo referencia a la segunda víctima como todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico, o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima, en el sentido que queda *traumatizado* por lo acontecido. (Scott et al., 2009).

El efecto traumático, producto de la situación, afecta al sujeto emocionalmente y repercute negativamente en los distintos ámbitos de su vida. Altera su performance laboral así como también supone la pérdida de su reputación profesional, genera desconfianza en sus habilidades, lo lleva a ausentarse y en muchas oportunidades le inspira a dejar de ejercer. Del mismo modo, afecta sus vínculos personales, su trato con los pacientes e incluso hasta forma en que se concebirse a sí mismo (Portela et al., 2018).

Habiendo mencionado lo anterior, queda claro lo relevante e imprescindible que resulta la contención del profesional luego del desarrollo de un suceso de esta índole. Sin embargo, si la persona se encuentra dentro de una institución atravesada por un paradigma enfocado en las personas el error probablemente tienda a magnificarse y cronificarse (Portela et al., 2018), reforzando la sintomatología del paciente.

La mayor parte de las segundas víctimas refiere que el apoyo más valorado es el de los compañeros de trabajo, no obstante, es el que menos se encuentra. En gran parte la respuesta

de estos últimos depende mucho del paradigma que atraviese la institución. Muchas instituciones con un enfoque sistémico promueven la empatía y el acompañamiento a la segunda víctima. Intentan dejar en claro como todos pueden fallar; apelan al desarrollo del entendimiento y aspiran a que las personas puedan concientizar que cualquiera puede estar en el lugar indeseado de segunda víctima. Nadie es libre de equivocarse (Portela et al., 2018).

Etapas en el *proceso de recuperación*

Se reconocen seis etapas en el *proceso de recuperación* que realizan las segundas víctimas luego de un error o EA (Scott et al., 2009)

- 1) *Caos y primera respuesta frente al accidente*: La persona detecta el error/evento, busca ayuda e intenta asistir al paciente. Es una etapa en la que el sujeto vive una oleada de emociones y mucha confusión.
- 2) *Pensamientos Intrusivos*: La segunda víctima reevalúa el escenario y reconstruye obsesivamente lo ocurrido.
- 3) *Restauración de la integridad personal*: Etapa en la que el sujeto busca apoyo para contar su experiencia y comprender el impacto. Aceptación entre la estructura laboral y social. Es un estadio en el que la víctima experimenta mucho miedo e inseguridad por la mirada ajena.
- 4) *Soportar la inquisición de los demás*: El sujeto logra tener conciencia del nivel de gravedad del EA. Se ve obligado a responder a los múltiples porqués sobre lo ocurrido y a interactuar con los diferentes actores relacionados con el evento (familia del paciente, paciente, autoridades de la institución, entre otros). La víctima se encuentra en un estado de preocupación muy grande por las consecuencias legales que podrían haber.
- 5) *Obtener ayuda- "Primeros Auxilios Emocionales"*: Búsqueda de apoyo personal/profesional por parte del sujeto.
- 6) *Moving on*: Esta etapa se caracteriza por tres posibles caminos que puede atravesar la segunda víctima: *Abandono*, *Supervivencia*, *Superación*
 - *Abandono*: La persona se traslada a una unidad o a un centro diferente y considerar la posibilidad de abandonar la profesión. Se siente incompetente.
 - *Supervivencia*: El sujeto afronta directamente lo ocurrido pero persisten los pensamientos intrusivos, la tristeza e intentos por aprender del evento.
 - *Superación*: La segunda víctima logra un equilibrio entre su vida personal y profesional. Gana perspectiva del error/evento y no centra su práctica

laboral en lo acontecido. Propone y se interesa por iniciativas en seguridad del paciente.

Cabe aclararse, que si bien todas estas etapas suelen desencadenarse luego de la vivencia de un EA no siempre se dan en el orden establecido por Scott y colaboradores (2009). (Rinaldi, Leigheb, Vanhaecht, Donnarumma, & Panella, 2016)

Además, a través de datos recabados empíricamente (Rinaldi et al., 2016) se logró llegar a la conclusión que todas las segundas víctimas tienden a recordar claramente el episodio y pueden hacer referencia a la sintomatología que experimentan (Rinaldi et al., 2016) (durante y después de lo acontecido). Esto resulta ser extremadamente beneficioso para poder lograr un trabajo de prevención e idear un abordaje eficiente para la recuperación de las víctimas. Puesto que, hoy por hoy la mayor parte de ellas alegan que el apoyo psicológico recibido hasta el momento es deficiente e ineficaz.

Dicho esto, se entiende que, presentándose claramente la sintomatología, la vía de recuperación de la segunda víctima posterior al episodio puede ser extremadamente previsible. No obstante, no siempre se encara adecuadamente. Cada día, trabajadores sanitarios se convierten en segundas víctimas. Teniendo en cuenta que los recursos humanos son el patrimonio cardinal de las infraestructuras sanitarias, después de un EA es de extrema necesidad ejecutar programas de intervención que sean válidos y asequibles para apoyar y rehabilitar a estos trabajadores (Rinaldi et al., 2016).

Sintomatología

Todos los participantes de este tipo de situaciones suelen manifestar sintomatología física y psicosocial. Con algunas excepciones, la mayoría de las segundas víctimas suelen corroborar haberse visto afectadas tanto a nivel personal como profesional. Asimismo han descrito la experimentación de reacciones similares frente a estos eventos a pesar de que los mismos diferían. Además suele identificarse una disimilitud en relación a la intensidad de la presentación de los síntomas. (Ullström, Sachs, Hansson, Øvretveit, & Brommels, 2014)

Respecto a los síntomas físicos, la mayoría suele experimentar fatiga extrema, aumento de la tasa respiratoria, taquicardia, tensión muscular, aumento de la presión arterial, alteraciones de sueño, dolores de cabeza y trastornos gastrointestinales (Rinaldi et al., 2016).

Por su parte, en relación a la sintomatología psicológica, se registra una gran diversidad de síntomas tales como angustia, culpa, ansiedad, miedo, alteraciones memorísticas, problemas de sueño, entre otros (Ullström et al., 2014) . Tal como se mencionó antes; si bien suele desarrollarse una sintomatología parecida en las segundas víctimas, los

síntomas específicos que se presenten, su intensidad y duración dependerán en gran medida del tipo de EA, de las características personales propias del profesional involucrado y del manejo institucional frente al mismo.

Según la literatura, el síntoma más frecuentemente experimentado suele ser la constante reaparición de pensamientos intrusivos. Cabe señalarse que, si bien la experiencia de segunda víctima se encuentra vinculada al Trastorno de Estrés Postraumático; presenta sintomatología que la diferencia. Algunos de los síntomas que no comparte con el trastorno son: las dudas respecto a informar a los pacientes y a los supervisores sobre lo acontecido, el miedo a las consecuencias legales, y la preocupación por la repercusión que podría tener a nivel profesional (Mira et al., 2015).

Respecto a la constante reaparición de pensamientos intrusivos en las segundas víctimas; muchos de los profesionales involucrados en EA alegan repetir sucesivamente el evento a fin de identificar qué pudieron haber hecho diferente o dónde exactamente se equivocaron (Chan Shi Teng, Khong Betty Peck Chui, Pei Lin Tan Lynnette, He Hong-Gu, 2018). Los sujetos desarrollan una rumia mental incesante sobre el desarrollo del evento en un intento de racionalizar lo ocurrido e intentar comprender ¿Cómo pudo sucederles algo así? ¿Por qué aconteció? Dicho esto es que además se explica cómo los participantes comúnmente, también suelen experimentar incredulidad (Ullström et al., 2014).

Vinculado a esto previamente mencionado se detectan en varios de los profesionales alteraciones memorísticas. En algunos casos, tras el intento de evocación del suceso, los sujetos no recuerdan nada. En otros, luego de evocar varias veces el acontecimiento comienzan a cuestionarse aquellas cosas que creían recordar correctamente y sobre las que creían tener certeza. Este tipo de pensamientos a veces también deriva en una rumia mental. Los cuestionamientos se manifiestan de forma recurrente y son independientes a la voluntad del sujeto y a la actividad que esté realizando. Dicho esto, se podría comprender como a raíz de esta sintomatología se podrían llegar a desarrollar otras consecuencias psicológicas tales como por ejemplo, el insomnio, la inseguridad, o la ansiedad.

Un síntoma psicológico que comúnmente se da, bajo distintas modalidades, es la ansiedad. La misma se identifica, en varias oportunidades, a partir de la experimentación de la sensación de miedo. En numerosos casos los participantes sienten temor a ser señalados negativamente por sus colegas; sienten miedo frente a la posibilidad del comentario de pasillo; ante las consecuencias legales.

Uno de los grandes temores identificados nace a raíz de la incertidumbre que les genera a los participantes el manejo institucional luego del EA. (Chan Shi Teng, Khong Betty

Peck Chui, Pei Lin Tan Lynnette, He Hong-Gu, 2018). Con respecto al manejo de parte de la organización no sólo se refiere a la respuesta inmediata de los supervisores, sino al proceso de investigación luego del evento y a las medidas específicas implementadas sobre la segunda víctima. Es decir, hace referencia a la existencia o ausencia de protocolos y estructuras estandarizadas respecto al estudio del evento y al apoyo institucional brindado a la segunda víctima. Esto resulta fundamental en los primeros momentos luego del evento, dado que la forma en que la institución, los supervisores y los colegas responden frente al evento parecería mediar el impacto emocional en el profesional de la salud. (Mira et al., 2015). Es decir, recibir el apoyo adecuado podría reducir la ansiedad y angustia resultantes del EA; mientras que actitudes negativas y falta de apoyo podrían aumentar el malestar emocional. (Ullström et al., 2014).

Junto con la sintomatología ansiosa suele desarrollarse también una crisis de autoestima e inseguridad que termina llevando a gran parte de las segundas víctimas a considerar la posibilidad de abandonar su ejercicio profesional. (Rinaldi et al., 2016). También se identifica esta sintomatología en algunos participantes que, pese a tener la capacidad para seguir ejerciendo, se cuestionan constantemente sus habilidades y sus acciones. Asimismo, varios re-experimentan sintomatología física similar a la que vivieron durante, o enseguida después del evento, al presentárseles una circunstancia similar a aquella en la que se dio el EA. (Rinaldi et al., 2016).

En relación a la duración de los síntomas, se registra una diferencia. Mientras la mayor parte de los síntomas físicos aparecen enseguida después del acontecimiento; los psicosociales van ocurriendo paulatinamente y en distintos tiempos. Esto último dependerá de la dimensión del daño realizado, de los recursos del sujeto para afrontar la situación, y del sistema de apoyos que le ayude a lograr una recuperación efectiva.

Importancia del apoyo a la Segunda Víctima

Apoyar a la segunda víctima va más allá del principio ético y moral que supone el cuidar a quienes velan por la salud de los demás. A través de esto se pretende reducir los riesgos para el paciente y, de esta manera, mejorar su seguridad. Esta relación entre la asistencia a la segunda víctima y la mejora de la seguridad del paciente se concreta por un lado, reduciendo la probabilidad de que se produzcan nuevos EA en relación a ese profesional. Es decir, respetando los tiempos de recuperación de la víctima y su alejamiento de la actividad asistencial (si lo necesitase). Por otro lado, a través del estudio del proceso que llevó a que se cometiera un error, se podría mejorar la seguridad del paciente. Solucionando el

problema y entendiendo dónde está el fallo se pueden generar recursos para evitar que vuelva a suceder. Del mismo modo, también se reducirían los riesgos mejorando los procesos que dieron lugar al error. Haciendo esto no solo se evita su posible repetición, sino también el abandono de la actividad asistencial de parte de profesionales cuyo ejercicio beneficia ampliamente a los pacientes (Carrillo et al., 2016).

TRUST: Derechos de la Segunda Víctima

Para orientar la conducta de los colegas sanitarios ante el profesional que ha cometido un error y, con la intención de facilitar su proceso de recuperación, Denham (2007) destaca los cinco derechos más relevantes de una segunda víctima, a los que denomina con el acrónimo *TRUST* (que además quiere decir confiar en español).

1. Trato justo: No se debe presumir una negligencia o asignar toda la responsabilidad a los profesionales de la salud por fallos en el sistema que pueden conllevar al error humano.
2. Respeto: Ningún sujeto dentro de un equipo asistencial está libre de cometer un error; por lo cual se debería de tratar a quien se equivoca como uno esperaría que se lo trate si estuviera en esa posición.
3. Comprensión y compasión: El profesional implicado necesita tiempo y apoyo para poder tramitar lo acontecido.
4. Apoyo: Quien haya cometido un error tiene derecho al acceso a servicios psicológicos y de apoyo.
5. Transparencia: Es la base de la prevención de los errores. Para poder prevenir es preciso aprender de lo acontecido. Los errores han de ser puestos en común, han de ser trabajados.

Síntesis

Resulta primordial la implantación de un programa de apoyo que integre a la institución a los pares y a una red de derivación (Por ejemplo: Trabajador social, Capellán, Psicólogo) para que el paciente pueda superar lo acontecido (Carrillo et al., 2016). Es preciso que el sujeto reciba apoyo emocional e informacional. Se lo debe contener y orientar para que desarrolle recursos personales que le permitan aprender de lo sucedido y alcanzar un nivel de superación.

A fin de poder realizar un aporte que permita facilitar el proceso de recuperación de las segundas víctimas se propone realizar una investigación profunda respecto a las alteraciones

psíquicas que podrían experimentar los profesionales de la salud luego de un EA. Así como también se pretende indagar de qué manera se podría apoyar a un profesional en estas circunstancias para que logre exitosamente superar las consecuencias del EA.

Método

Objetivos:

General:

- Indagar las respuestas emocionales que presentan profesionales de la salud del Hospital Universitario Austral, luego de participar en un EA.

Específico:

- Explorar las redes de apoyo percibidas por las *segundas víctimas*.

Diseño

Se realizó un estudio exploratorio cualitativo.

Dimensiones

La dimensión principal del estudio es la sintomatología psicológica de la *segunda víctima* ante un incidente en seguridad del paciente. Para abordar su estudio se investigó el conjunto de respuestas a nivel personal (emocionales, afectivas) y profesional (relación con los pacientes y pares, desempeño del rol profesional) por las que pasa una persona al cometer un daño en un paciente durante el ejercicio de su profesión. Asimismo en el transcurso de la investigación se indagó sobre otra dimensión; la incidencia del ambiente en el proceso de afrontamiento del EA.

Casos a explorar

El estudio se realizó a profesionales de la salud (médicos, enfermeras, instrumentistas) que hayan estado involucrados directamente en un incidente de seguridad en la atención de salud.

- Criterios de inclusión:
 - Profesionales del Hospital Universitario Austral
 - Profesionales de la salud que hayan tenido una experiencia como segundas víctimas, deseen participar en el estudio y completen el consentimiento informado.

Se realizó un muestreo intencional. Es decir, los investigadores seleccionaron a juicio a los distintos participantes que consideraron adecuados como para representar a la población sobre la que se realizó el estudio. Se seleccionaron 7 (siete) participantes hasta lograda la saturación teórica surgida a partir del análisis de datos. En la selección de la muestra se tuvo en consideración que fuera heterogénea en términos de profesión, género, tipo de error médico y modo de participación en el evento. Se intentó crear un sistema de muestreo que pudiera abordar el objetivo de la investigación proveyendo información relevante para la misma.

Procedimiento para la Recolección de Información

El acceso a los participantes se obtuvo a través de una persona de Departamento de Calidad y Seguridad del paciente del Hospital Universitario Austral. Esta persona realizó el primer contacto y, en aquellos casos donde el sujeto accedió a formar parte de la investigación, este fue puesto en contacto con la directora del proyecto. Esta última detalló los aspectos principales relacionados al estudio, despejó aquellas dudas que les surgieron al momento a los participantes y les solicitó su consentimiento. Una vez que los participantes brindaron el consentimiento con su firma en el documento correspondiente se procedió a agendar día y hora para llevar a cabo la entrevista. La autora de este trabajo, junto con otra colaboradora del estudio, participó en las tomas de entrevistas y se encargó de la transcripción y posterior análisis.

Método de recolección de datos

Se realizaron entrevistas en profundidad, semiestructuradas, cara a cara. Se llevaron a cabo a través de la formulación preguntas abiertas que actuaron como disparadores para abordar el fenómeno de estudio. Se partió de una guía de preguntas, que fueron ampliadas y/o modificadas durante cada entrevista según su desarrollo. Se realiza este tipo de abordaje con el propósito de que, sin perder de vista el objetivo de la investigación, los participantes puedan expresar libremente sus sentimientos y percepciones de las experiencias vividas frente al fenómeno estudiado.

Plan de Análisis de los Resultados

Cada entrevista fue transcripta de forma textual. En la transcripción se respetó la confidencialidad y preservó el anonimato de los participantes al llevarla a cabo en un ambiente privado donde el audio solo lo escuchó la persona del equipo de investigación encargada de esa transcripción. Asimismo, no se transcribieron nombres propios en ninguna

circunstancia ni datos confidenciales que pudieran exponer la identidad de los participantes. Tras la realización de las transcripciones se llevó a cabo un análisis del contenido de cada entrevista. Para lograrlo, se fragmentaron los datos, seleccionando aquellos que pudieran contribuir a alcanzar el objetivo de la investigación. Los datos seleccionados se categorizaron dentro de matrices de análisis. Es decir, fueron agrupados en función de la relación que tuviera su contenido con determinados códigos y categorías vinculadas al objetivo de investigación. A través de este proceso de abstracción y categorización de la información ejecutado por los los investigadores, se fueron creando unidades de significado. Esta instancia facilitó la lectura de los datos recabados en el campo y el estudio de los mismos.

Confidencialidad de los Datos y Protección de la Identidad de los Participantes

Se solicitó la autorización a las autoridades del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Austral. Posteriormente se presentó el estudio para su evaluación en el CIE (número de aprobación del comité 19-017). A fin de mantener la protección de los participantes se estableció el siguiente plan de contacto con los participantes:

1. El primer contacto con el participante lo estableció la coordinadora del Departamento de Calidad y Seguridad del paciente del Hospital Universitario Austral, que por su trabajo y responsabilidad cuenta con los datos necesarios para realizar el contacto. Esta persona le comentó del estudio al posible futuro colaborador y lo invitó a participar del mismo.

2. Posteriormente, y solamente en aquellos casos en que el profesional accedió a participar del estudio, otro miembro del equipo de investigación, entregó el consentimiento informado, despejó cualquier duda que presentase el participante y coordinó un día y una hora para realizar la entrevista.

El día de la entrevista, previo al inicio de la misma, el participante debió entregar el consentimiento firmado. La entrevista fue desgrabada en un documento de texto, para su posterior análisis. No se presentaron en el documento datos que permitieran identificar al participante. Los sujetos se identificaron con códigos. Una vez desgrabada la entrevista el audio se eliminó.

Cabe aclararse que en caso de publicación del estudio no se presentará en ningún momento el nombre de la institución participante.

Criterios de Rigor

Para garantizar el rigor en la investigación se han tenido en consideración algunos criterios de calidad. Estos se han explorado en todas y cada una de las fases del trabajo y han sido fundamentales para su estructuración. Los criterios metodológicos empleados han sido: la adecuación epistemológica, la relevancia, la validez y la reflexividad (Calderón, 2002). A continuación se explicará brevemente cada uno de ellos.

La adecuación epistemológica se ha visto reflejada en el estudio a través de la coherencia del desarrollo general del mismo con los presupuestos teóricos manifestados por la investigadora (Calderón, 2002).

Respecto a la relevancia, se podría plantear que el estudio contribuirá con información que podría utilizarse con distintos fines vinculados a la asistencia de las segundas víctimas del Hospital Universitario Austral (Calderón, 2002).

En relación a la validez, si bien se utilizó para recabar la información una guía de preguntas que permitiera garantizar el abordaje del tema a indagar; se optó por una modalidad de entrevistas semi-estructuradas. La formulación de preguntas abiertas permitió preservar mayor fidelidad respecto al comportamiento del fenómeno en la realidad (Calderón, 2002).

Finalmente, se tuvo en consideración la influencia de aspectos personales de la investigadora que podrían haber llevado a generar cierto sesgo en los resultados. Se considera como otro criterio de rigor en esta investigación la reflexividad. La subjetividad de la investigadora atraviesa el desarrollo de todo el estudio. No obstante, en su elaboración se llevó a cabo un trabajo constante de autocrítica reflexiva sobre las predisposiciones y posibles sesgos de la autora que podrían afectar los resultados (Calderón, 2002).

Resultados

Se contactaron nueve profesionales de la salud del Hospital Universitario Austral, de los cuales siete accedieron a participar en el estudio.

Los profesionales seleccionados ejercían distintas disciplinas dentro del rubro de la asistencia hospitalaria (médicos de distintas especialidades, instrumentadores quirúrgicos, enfermeros) y a su vez tenían distintos niveles de antigüedad dentro de la institución.

Todos los profesionales escogidos habían participado en un evento adverso, convirtiéndose en segundas víctimas. No obstante, no hubo formalmente un criterio de selección en relación al tipo de evento en sí mismo o al daño provocado en el paciente. La información recabada a través de las entrevistas a las segundas víctimas da cuenta que todos los participantes han experimentado sintomatología de orden psicosocial. Si bien los

síntomas advertidos fueron diversos, todos los participantes aluden haber vivenciado cierto estado de shock o bloqueo inmediatamente después de acontecido el EA. Además, para algunos participantes, tales como el caso de N2, R5 y B15, el estar en este estado les trajo implicadas consecuencias negativas a nivel laboral. Debido al bloqueo, N2 no reportó el EA a sus superiores: “En ese momento no nos dimos cuenta de reportarlo ni escribirlo en el pectra ni nada (...) nos shockeamos, no sabíamos que hacer (...)” (N2). De manera similar, R5 tampoco registró de forma detallada en el momento inmediato los hechos en la historia clínica y admite que no se encontraba en condiciones de hacer nada; que lo único que deseaba era huir. Explícitamente menciona haberse encontrado bloqueada, freezada (R5). “La verdad estaba bloqueada, freezada. Viste cuando te meten en el freezer que no tenés reacción ni para negro ni para blanco ni para bueno ni para nada. Freezada. (...) quería dejar.” (R5). Por otra parte, B15 se vio afectada por el bloqueo de forma distinta. Alude haber quedado “en las nubes” (B15) y menciona volverse a equivocar una semana después del EA al administrando inadecuadamente una medicación.

Si bien no se detectó como uno de los síntomas más frecuentemente experimentados, se podría vincular al síntoma previamente mencionado (bloqueo) la presencia de alteraciones en la memoria. Algunos participantes hicieron alusión a la falta de recuerdos en relación al episodio. Aseveraban no recordar nada (N7) o recordar parcialmente el acontecimiento; es decir, tener “(...) blancos del episodio en sí” (R5). Se podría sugerir que estas fallas en la retención de contenido luego del evento adverso podrían deberse al estado de shock en el que se encontraban las segundas víctimas.

A pesar de que no se identificaron en todos los participantes, los síntomas psicosociales más experimentados identificados como códigos principales de la categoría “Impacto psicológico (Sintomatología Presente)”, fueron: el temor al señalamiento por parte de terceros (en cuatro participantes), la angustia (en cuatro participantes), la rumia mental (en cuatro participantes), la inseguridad e impacto en el autoestima profesional (cuatro participantes) y la culpa (tres participantes).

El temor al señalamiento por parte de terceros, llámese pares o sujetos en una mayor posición de jerarquía, predominó entre los participantes. Particularmente una de las entrevistadas (N7) hizo alusión explícita a este temor haciendo mención al miedo que le generaba el comentario de pasillo: “Mi miedo en esos días era el comentario de pasillo” (N7). Por otro lado, si bien se expresó de manera distinta, E6 reveló su temor al señalamiento al comunicar el miedo que le generaba el ser juzgada por terceros. Dicho temor se manifiesta claramente a través de su decisión, tomada a último momento, de no presentar el caso en el

ateneo de morbilidad por no querer ser juzgada o por creer que no podría contar lo que realmente había sucedido.

Cuatro participantes aluden haber experimentado angustia. Es interesante reconocer lo compleja que es la experiencia de segunda víctima y la singularidad de cada caso. Por ejemplo, en el caso de J4, el sujeto no se encontraba in situ al momento del evento. No obstante, por desempeñarse en el área se sintió responsable y manifestó haber sentido mucha angustia. Según el participante, fue tan fuerte la sensación que alude haber experimentado una especie de vacío; un aturdimiento que lo obligó a detenerse, sentarse y tomarse un tiempo para beber un café. Refiere haberse encontrado en un estado que le imposibilitó salir a manejar “No podía me tomé un café, no pude salir a manejar. Estaba aturdido.” (J4). Otra de las participantes, N7, describió claramente el efecto que tuvo la angustia experimentada luego del acontecimiento, al vivir el evento como “(...) una puñalada” (N7). Por otra parte, B15 y N2 hicieron referencia al llanto como una manifestación de este síntoma.

En el discurso de varios de los participantes fue reiterada la mención de lo disruptivo que fue el experimentar constantemente la reaparición de pensamientos intrusivos vinculados al evento. Dichos pensamientos se manifestaron de formas disimiles acorde en los distintos participantes. B15 mencionó explícitamente que se le venía todo el tiempo a la cabeza el suceso (B15). Por otro lado, N2 intentaba recordar, de forma incesante y exhaustiva, el desencadenamiento de los hechos a fin de entender cómo y por qué ocurrió el evento. Por su parte, H3, declaró, en su lugar de segunda víctima, que el mayor sufrimiento luego del EA surge a partir de la producción de ideas que el implicado se hace en función de lo acontecido. De forma distinta, R5 comparó la vivencia de los pensamientos intrusivos con una película que veía cien veces en su cabeza; que pasaba y la volvía a ver (R5).

Haber cometido un error médico gestó en varios de los participantes una sensación de inseguridad respecto a sus habilidades profesionales. En el caso de N7, la inseguridad la llevó a sentir que debía “revisar todo tres veces” (N7). Así también le sucedió a N2, que además de sentir la necesidad de contar ochocientas veces las gasas (N2), se sintió insegura tan solo por el mero hecho de volver a participar en una intervención quirúrgica en su rol de instrumentadora. De manera semejante para los participantes H3 y R5, la inseguridad se manifestó llevándolos a replantearse completamente su ejercicio como profesional de la salud. H3 se cuestionó si servía o no para dicha profesión y declara que el suceso impactó directamente en su autoestima profesional. Mientras que R5 confesó que lo primero que le surgió fue plantearse que se debía dedicar a otra cosa y que si tuviera que resumir lo que sucedió diría que fue una crisis de autoestima (R5).

Si bien fue mencionado de manera explícita únicamente por tres participantes, se destaca la culpa como un síntoma considerablemente perturbador. Para N2 la culpa la llevó a preguntar exhaustivamente por el estado de la paciente (víctima del EA) a sus colegas mientras se encontraba de vacaciones. Asimismo, trajo conjuntamente la experimentación de síntomas de ansiedad visibles a través de las alteraciones de sueño que experimentó, el desgaste físico y emocional que tuvo, y su necesidad imperante por ir a visitar a la paciente a pesar de no encontrarse efectiva en el trabajo. En el caso de H3 identificó la culpa que conlleva el ser partícipe de un EA médico como algo que va tomando al sujeto (H3). Por otra parte, la participante E6 también constató que experimentó una culpa tremenda (E6).

Como se mencionó previamente en el caso de N2, algunos participantes sufrieron perturbaciones del sueño, tales como pesadillas e insomnio, luego del acontecimiento. Este síntoma no fue uno de los más experimentados, sin embargo se señala por posiblemente haber exacerbado otros síntomas psicológicos tales como el desgaste emocional y el devastamiento.

También cabe mencionarse, a pesar de presentarse bajo distintas modalidades y vinculado a otros síntomas, el miedo atravesado por varios de los participantes. Por ejemplo el miedo vinculado a lo legal, como en el caso de las participantes B15 (sintió miedo al ser citada por la justicia y tener que declarar) y N2 (a quién se le ocurrió que de pasarle algo a la paciente, se llevaría el caso a juicio y podría llegar a perder su matrícula; incluso ser privada de libertad). Mencionado el caso de N2, se identifica en varios participantes el miedo al impacto negativo en el ámbito laboral; por ejemplo como lo experimentó J4 que temió que ese suceso signifique el fin de su carrera (J4) o como lo vivió N7 pensando que quizás por su participación en un EA le saquen su puesto dentro del equipo de quirófano donde ejercía desde ya hacía varios años. Asimismo, varios participantes experimentaron esta sensación vinculada más que nada a la posibilidad de recibir una mirada externa censora. J4 temió ser “incendiado públicamente” (J4), B15 manifestó sentirse todo el tiempo señalada y, tanto N2 como N7 declararon sentir miedo frente al comentario de pasillo (N2, N7).

<u>Impacto Psicológico: Sintomatología</u> <u>Presente</u>	<u>N° de Participantes Afectados</u>
Shock/Bloqueo	7
Temor al señalamiento por parte de terceros	4
Angustia	4
Rumia Mental	4
Inseguridad e Impacto en el Autoestima Profesional	4
Culpa	3

Tabla 1. Resumen de Resultados sobre las respuestas emocionales de los participantes tras el EA.

En relación a las redes de apoyo percibidas por los distintos participantes se identificó como principal la contención por parte de los colegas (seis participantes), de la familia (cuatro participantes), de parte del Departamento de Seguridad del Paciente del hospital (cuatro participantes) y de amigos y allegados (cuatro participantes).

Con respecto a la reacción de los colegas, prácticamente todos los participantes hicieron alusión positiva a la contención brindada por sus compañeros de trabajo. N7 destacó el apoyo de su equipo como algo fundamental en su proceso de rehabilitación. Señala lo invaluable que fue la actitud que adoptaron sus compañeros de quirófano al continuar reconociéndola como parte del equipo y al manifestar que la responsabilidad de lo acontecido debía de ser asumida por todos en conjunto. Aseguró que dicha actitud del equipo le sirvió como garantía, de que pese al error, es buena instrumentadora. N7 también remarcó el apoyo y la contención de N2. Ambas estuvieron implicadas en el mismo EA, asumieron la responsabilidad del mismo por igual y se apoyaron mutuamente. Por su parte N2 resalta el respeto y la tolerancia de parte de sus compañeros de equipo. Tras el evento N2 tuvo la necesidad de preguntar a sus compañeros constantemente por el estado de la paciente y alude haberse vuelto mucho más cuidadosa en su práctica laboral. Cuenta que luego del evento le comenzó a surgir la necesidad, como instrumentadora, de contar y recontar múltiples veces los distintos recursos utilizados en la cirugía. Frente a esto destacó el entendimiento de parte del equipo que respetó su necesidad y no realizó comentario al respecto.

En el caso de H3, colegas de otra especialidad (cirugía) le ayudaron a ratificar su autoconfianza al ofrecerle trabajo pese a encontrarse suspendido. Si bien él mencionó que no deseaba realizar trabajos afuera en ese momento subrayó la buena intención de estos cirujanos y lo importante que fueron estos gestos.

No obstante, cabe señalarse que, en el caso de H3, como en el de otros participantes, si bien recibieron contención de parte de varios colegas médicos, se sintieron sumamente decepcionados por la actitud que adoptaron otros compañeros de trabajo. Un claro ejemplo de lo mencionado previamente sería el de R5. Contar con el apoyo de todos sus compañeros de anestesia durante el suceso fue para ella un acto automático de solidaridad (R5). Sin embargo, destacó la desilusión que le generó, y el grave impacto que tuvo para su rehabilitación la actitud que adoptaron los demás médicos, quienes se enojaron directamente con ella y la culparon por lo acontecido.

Para B15, se podría decir, que la experiencia de contención por parte de sus colegas fue también poco uniforme. Por un lado señaló que fue entre sus pares donde se sintió más señalada. Sin embargo destacó que la primera reacción de los mismos, luego del EA, fue contenerla físicamente al abrazarla. Es más, durante la entrevistas se emocionó (comenzando a llorar) al relatar esa parte del episodio. Asimismo, explícitamente mencionó, refiriéndose a sus colegas, que: “(...) no hicieron nada como para herirme, lastimarme o hacerme sentir mal; me respetaron mucho.” (B15). Afirmó que una de las cosas que favoreció considerablemente su proceso de rehabilitación fue hablar de lo acontecido con sus pares. Por otro lado, tanto B15 como E6 destacaron lo importante que fue hablar de lo acontecido. Concretamente E6 hizo referencia a lo crucial que fue relatárselo en particular a sus colegas de confianza. Recalcó de ese intercambio la apertura que tuvieron y lo receptivos que fueron al escucharla. Además, E6 remarcó la importancia que de parte de sus colegas cardiólogos. Aseveró haberse sentido extremadamente comprendida y mencionó que la respuesta empática de estos profesionales se debió a que ellos se habían visto sometidos a situaciones similares.

La mayoría de los participantes que mencionaron a sus familias como una de las redes primordiales de apoyo recalcaron particularmente la contención de parte de los padres. Por ejemplo, B15 señaló que con la única persona que podía hablar abiertamente, pese a desconocer del tema, era con su padre. Anunció que fue con él con quién se sintió en libertad de llorar (B15). De manera similar, N2 resaltó el apoyo de sus padres pero hizo hincapié en la importancia del rol que jugó su madre.

Por otra parte, para varios participantes fue imprescindible el rol que ocuparon en el proceso sus parejas. A través de una modalidad posiblemente un poco atípica, se destacó la

intervención del marido de R5. Según la participante su esposo le dio el cachetazo que la hizo reaccionar. Su esposo le dijo claramente que no iba a tolerar más que se comportara de esa forma “(...) estaba muy angustiada, constantemente lloraba, no comía, ni dormía” (R5). R5 destacó que fue el quien la llevó a dar vuelta de página (R5). Si bien ella describe su intervención con el término cachetazo; da a este una connotación positiva al revelar que fue este el incentivo que necesitó para salir adelante. Además, de parte de su marido recibió una validación como profesional. Le transmitió seguridad e intentó inspirar en ella autoconfianza; factores que muy probablemente la hayan ayudado a sobrellevar la situación. Le dijo “Yo te conozco como laburas, hiciste todo lo que tenías que hacer. Sin estar ahí adentro yo sé que lo hiciste. Basta me dice. Basta.” (R5).

Tal como R5 otros participantes también tuvieron apoyo de sus parejas. Por ejemplo B15 en su discurso mencionó que fue su marido quien la acompañó durante todo el proceso así como H3 que también enfatizó el papel que jugó su mujer cuando él se encontraba viviendo las consecuencias del EA.

Dentro de las redes de apoyo percibidas por los participantes, podría plantearse que la contención institucional no se destacó. De hecho, se podría discutir que fue percibida, por varios (seis participantes), como deficiente (en particular haciéndose referencia al manejo de distintos puestos de jerarquía y parte de los sectores de coordinación de las distintas áreas).

Sin embargo, se ha detectado una validación positiva de parte de los participantes a la intervención del Departamento de Seguridad del Paciente. En el caso de N2 mencionó explícitamente no saber qué hubiese pasado si dicha contención no hubiese estado. Anunció que el diálogo con las personas de este sector le ayudó a superar lo acontecido (N2). Por su parte, N7 destacó del mismo encuentro haber podido encontrarse en libertad de sentir. Afirmó que la escucharon y le permitieron ser (N7).

Así también R5, encontró en este departamento un espacio para hablar, ser escuchada y ser contenida por la institución.

Para varios de los participantes (cuatro) no sólo fue esencial el apoyo de parte de sus familiares, sino que también lo fue el de varios amigos y allegados. Algunos remarcaron lo relevante que fue contar con el apoyo de una persona que, además de ser significativa en términos afectivos; pudiera comprender la situación desde la práctica. Los participantes que han hecho alusión a esto mencionaron que se sintieron aparte de apoyados y acompañados, realmente comprendidos. Como ejemplo se destaca el caso de R5. Si bien mencionó haber contado con el apoyo de diversas amigas y de una licenciada en psicología; subrayó la importancia del acompañamiento de parte de su mejor amiga anestesióloga. Afirmó que ella

pudo vislumbrar la situación desde un enfoque práctico; que pudo realmente entenderla desde un lugar distinto. Otro ejemplo semejante sería el de E6. La participante sintió que en ese momento quienes realmente la entendieron fueron personas que se han visto expuestas a situaciones similares.

<u>Redes de Apoyo Percibidas</u>	<u>N° de Participantes</u>
Colegas	6
Familia	4
Departamento de Seguridad del Paciente	4
Amigos y allegados	4

Tabla 2. Resumen de los Resultados sobre las redes de apoyo percibidas por los participantes.

Discusión

Los participantes del presente trabajo que estuvieron implicados en EA en el rol de segundas víctimas experimentaron en su totalidad sintomatología psicológica a través de distintas modalidades. Las manifestaciones más frecuentemente experimentadas suelen ser bastante complejas y se ven atravesadas por la vivencia de emociones negativas que complejizan el proceso de recuperación. Por lo cual, resulta crucial que los sujetos participantes en este tipo de eventos cuenten con una red de apoyos que les acompañe y facilite su proceso.

El abanico de emociones negativas experimentadas por las segundas víctimas es sumamente amplio. Incluye la angustia, el miedo, la culpa y el enojo. Así también se registran otros síntomas psicosociales tales como la crisis de autoestima, la inseguridad, el temor al señalamiento, la incertidumbre frente al futuro laboral y las consecuencias legales. Se ha observado que la vivencia de la sintomatología psicosocial se encuentra estrechamente vinculada al rol que tiene la víctima en el evento y al posicionamiento que adopta frente al mismo (Chan Shi Teng, Khong Betty Peck Chui, Pei Lin Tan Lynnette, He Hong-Gu, 2018). En el presente trabajo se ve plasmada la diferencia del impacto psicológico que sobrelleva una segunda víctima que participa activamente en el error médico (como lo fueron seis de los siete participantes), en contraposición a aquella que no estuvo in situ al momento del EA pero que sin embargo, debe asumir la responsabilidad en calidad de jefe. También, se percibe una diferencia en relación al impacto del EA en quien obró con libertad y se sabe responsable por lo acontecido de quien se equivocó por haber actuado en contra de su voluntad al haber

obedecido una orden externa. Se identifica en el primer caso sintomatología más asociada a la angustia y a la culpa mientras que en el segundo caso mayormente vinculada al enojo y a la desilusión.

Hubo diversos factores a la hora de sobrellevar las consecuencias del EA cruciales para la mayoría de los participantes. Uno de ellos fue la reacción de los terceros; particularmente la de sus colegas. El gran temor de varios de los participantes se encontraba vinculado al señalamiento y a cómo este podría perjudicar su futuro profesional. La discriminación de parte de los colegas y la falta de apoyo institucional dificultan el proceso de rehabilitación de las segundas víctimas puesto que atañen en contra de su autoestima profesional y les provoca mayor inseguridad (Sirriyeh, Lawton, Gardner & Armitage, 2010).

Concretamente, en relación a lo institucional, muchos de los participantes señalaron haberse sentido decepcionados, e incluso perjudicados, por el manejo. Quienes se sintieron de esta forma, en su mayoría, vinculan el inadecuado manejo institucional al modo de respuesta de parte de la coordinación de su área. Varios de los profesionales entrevistados hacen alusión a un apoyo desestructurado y no sistemático. Se reveló una clara falta de seguimiento por parte del empleador de las necesidades del miembro del personal y del proceso formal de investigación. (Ullström et al., 2014). Esto resulta relevante puesto que se podría plantear que el alcance del impacto del EA en los profesionales de la salud estuvo relacionado con la respuesta de la organización al evento. El apoyo inadecuado y la falta de una investigación clara y estructurada, parecieron profundizar y prolongar el impacto (Ullström et al., 2014). Así como también, gestó en algunos participantes una mirada negativa respecto a la institución. Los participantes aluden no haberse sentido apoyados por la coordinación; de hecho muchos revelan haber sentido acusados o descuidados. Asimismo, se identifica una falta de conocimiento respecto al proceso de investigación posterior al evento. Los profesionales desconocen qué medidas se tomaron a nivel institucional a posteriori; que protocolos se perfeccionaron o instauraron.

Si bien en general gran parte de los participantes se sintieron insatisfechos con la respuesta institucional; cabe destacarse que muchos señalaron como fundamental el apoyo de parte del área de Seguridad del Paciente del hospital. Fue en el espacio brindado por este departamento donde identifican haberse sentido contenidos.

La reacción de terceros frente al EA fue crucial para la recuperación de las víctimas. Tal como se mencionó, se destaca la respuesta asertiva de los colegas. La mayoría de los participantes hicieron alusión positiva a la contención brindada por sus compañeros de trabajo. Asimismo, se identifica como factor importante la actitud comprensiva de parte de los

colegas frente a la necesidad de las segundas víctimas de hablar sobre lo acontecido y revisar reiteradas veces los trabajos realizados. La receptividad de parte de los colegas permitió a los informantes poder sentirse cómodos y seguros. Además, les condescendió la oportunidad de compartir la carga emocional y, desde la empatía del otro, recibir tranquilidad personal y profesional. (Ullström et al., 2014)

Además de la necesidad de las segundas víctimas de hablar sobre lo acontecido y recibir apoyo emocional, se registra también la necesidad de entender y aprender del evento. La mayoría destaca que dicho acontecimiento marcó un antes y un después en sus vidas y lo identifican como una instancia crucial de aprendizaje. A algunos participantes les inspiró a involucrarse en una autorreflexión sobre sus vidas personales y profesionales; llevándolos a realizar cambios actitudinales y conductuales determinantes. Asimismo, estos profesionales se vieron motivados a compartir sus experiencias con otros profesionales de la salud para contribuir a la mejora del sistema. Se identifica esta colaboración en la prevención institucional además como un método de afrontamiento crucial para la segunda víctima, dado que le permite encontrarle un sentido a su vivencia. Desde este enfoque, el sujeto vive su experiencia como una oportunidad de aprendizaje que fomenta su recuperación y le facilita la aceptación y asimilación de lo acontecido (Chan Shi Teng, Khong Betty Peck Chui, Pei Lin Tan Lynnette, He Hong-Gu, 2018).

A partir de los hallazgos de esta investigación se devela la necesidad de desarrollar sistemas de apoyo adecuados que ayuden al personal de salud a afrontar este tipo de situaciones y brinden oportunidades de aprendizaje a la institución. Al enfocarse en la mejora del registro y satisfacción de las necesidades individuales de los empleados como en la investigación formal de los EA, es probable que progresivamente se logre un desarrollo positivo de la cultura organizacional de seguridad del paciente (Ullström et al., 2014). Podría plantearse como inminente la necesidad de tomar medidas para crear mayor conciencia entre los profesionales de la salud y reforzar una cultura de seguridad desarrollando planes de crisis a nivel institucional para cuando ocurren este tipo de incidentes (Mira et al., 2015). Asimismo, dado que todos los profesionales de la salud corren cierto riesgo de convertirse en segundas víctimas, se sugeriría trabajar en una concientización independientemente de ser víctimas o no. Es fundamental involucrar a toda la comunidad en el proceso de aprendizaje y generar empatía entre colegas para facilitar los procesos de afrontamiento. Se sugieren generar espacios donde las segundas víctimas estén contenidas, puedan expresarse libremente y puedan involucrar a otros colegas en su aprendizaje.

La investigación realizada no tiene como fin proponer distintas alternativas de abordajes en concreto para la rehabilitación; no obstante se sugiere como objetivo de estudio para futuras investigaciones.

Limitaciones

Se podría identificar como una limitación de la investigación el número relativamente pequeño de la muestra desde la que se recabaron los datos y el corto tiempo en el que se tuvo que desarrollar su análisis. De la misma forma se debe considerar que sería inapropiado utilizar la información recabada para realizar generalizaciones. Todos los participantes pertenecen al mismo entorno; por lo cual, el estudio brinda hallazgos relativos a segundas víctimas de una institución en particular.

De todos modos, se destacan (a pesar del tamaño relativamente pequeño de la muestra), las variadas características de los informantes en relación a la profesión, el género, años de ejercicio y también respecto a la naturaleza y el resultado de los eventos en los que participaron. No obstante, se identifican todos los sucesos como graves por el nivel de complicación que supusieron en el momento y las consecuencias que implicaron para los pacientes. Por lo cual, para futuras investigaciones se sugiere trabajar con muestras más grandes e incluir también segundas víctimas que hayan participado eventos de menor gravedad.

Conclusión

A través de los hallazgos encontrados en la investigación se comprobó que aquellos profesionales del Hospital Universitario Austral, participantes en una experiencia de segunda víctima, probablemente presenten sintomatología psicosocial. Los indicios de alteración psicológica registrados luego de lo acontecido fueron: estado de shock, recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes del hecho, sueños perturbadores, pesadillas o insomnio, angustia emocional intensa, pensamientos negativos acerca de si mismos, desesperanza respecto a su futuro laboral, problemas de memoria, problemas de ansiedad, sentimientos abrumadores de culpa o vergüenza y depresión.

De igual modo, se comprobó que es altamente probable que los profesionales involucrados acudan a diversas redes de apoyo para afrontar las consecuencias producidas a raíz del EA. Se destaca particularmente el apoyo familiar; el de los colegas y el de personas allegadas al participante involucrado. Cabe señalarse que también se percibe como fundamental el apoyo institucional. No obstante, en la mayoría de los participantes

entrevistados este fue percibido como deficiente (salvando la contención brindada por el equipo de Seguridad del Paciente del hospital).

En conclusión, se podría plantear que la información recabada permite identificar la necesidad de crear estructuras de apoyo claras, dentro de la institución, que puedan satisfacer las necesidades de las personas involucradas en un EA. Dichas estructuras deberían de incluir procedimientos oportunos y transparentes para el proceso de investigación y el análisis de estos acontecimientos. Asimismo sería bueno poder crear espacios donde el personal involucrado pueda reunirse con sus colegas para compartir su vivencia y recibir tranquilidad personal y profesional. Resulta inminente abordar las necesidades de las segundas víctimas para poder realizar trabajo de prevención y operar de manera más eficiente cada vez que se desencadenen este tipo de sucesos. Se debe apuntar a utilizar la experiencia para generar mayor consciencia y promover una cultura de seguridad positiva.

Agradecimientos

La elaboración del presente trabajo fue posible gracias a la buena predisposición y voluntad de los participantes. Se les agradece enormemente por compartir sus vivencias y confiar en la investigación.

De igual forma, se agradece al comité de ética del Hospital Universitario Austral por haber aprobado el proyecto y haber permitido que se pueda llevar a cabo.

Se concluye haciendo un agradecimiento especial a las tres profesionales que acompañaron a la autora durante todo el trabajo (a Mg. María Victoria Brunelli, directora del proyecto, y a las coordinadoras, la Dra. Lucia Alba y la Mg. Silvina Miceli). Se destaca su atención, su apoyo incondicional y constante seguimiento durante todo el proceso.

Referencias Bibliográficas

- Antoñanzas Villar, F. (2013). Non safety costs in the Spanish health care system. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3), 283–292. Retrieved from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Calderón, C. (2002). CRITERIOS DE CALIDAD EN LA INVESTIGACION CUALITATIVA EN SALUD (ICS): APUNTES PARA UN DEBATE NECESARIO. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5).
- Carrillo, I., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Torijano, M. L., Iglesias-Alonso, F., ... Maderuelo-Fernández, J. A. (2016). Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.008>
- Chan Shi Teng, Khong Betty Peck Chui, Pei Lin Tan Lynnette, He Hong-Gu, W. W. (2018). Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. *Wiley: Nursing & Health Sciences*, 20(2), 165–172.
- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., & Wu, A. W. (2016). *Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital : a case study*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
- Institute of Medicine. (1999). To err is Human: Building a safer health system. *Washington: National Academy Press*, (November).
- Kara D. Krzan, Jenna Merandi, Shelly Morvay, and J. M. (2015). *Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital*. 72, 563–567. <https://doi.org/10.2146/ajhp140650>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., & Pérez-pérez, P. (2015). *The aftermath of*

adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. 1–9.

<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>

Portela M, Bugarín R, Rodríguez M, & Alonso A. (2018). Seguridad del paciente, calidad asistencial y ética de las organizaciones sanitarias. *Revista Bioética*, 26(3). Retrieved from http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1424

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *Western Journal of Medicine*, 172(6), 393–396. <https://doi.org/10.1136/ewjm.172.6.393>

Rinaldi, C., Leigheb, F., Vanhaecht, K., Donnarumma, C., & Panella, M. (2016). Convertirse en «segunda víctima» en asistencia sanitaria: la vía de la recuperación después de un episodio adverso. *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.001>

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. *Quality and Safety in Health Care*, 18(5), 325–330. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>

Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. (2014). *Suffering in silence : a qualitative study of second victims of adverse events*. 325–331. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>

WHO. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. *Who*, 1–160.

Anexos

Guía de preguntas abiertas

Inicialmente se presentaron las siguientes preguntas abiertas. Cabe señalarse que, debido a la metodología cualitativa sobre la que se estructura la investigación, en el análisis emergente del contenido surgieron nuevas preguntas relacionadas al objetivo del estudio. De considerarse pertinente, algunas de dichas interrogantes se incorporaron a la guía en la medida que se desarrolló la recogida de datos.

En primer lugar, se indagaron aspectos sociodemográficos que fueron obtenidos previo al inicio de las entrevistas. Posteriormente se abordó la temática del estudio.

Datos sociodemográficos:

1. Profesión
2. 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. ¿Podría identificar las tres sensaciones principales que experimentó durante el suceso?
2. ¿Durante cuánto tiempo las experimentó?
3. ¿Recuerda Ud. cómo se sintió inmediatamente después del incidente?
4. ¿Durante cuánto experimentó esto?
5. ¿Qué hizo para afrontarlo?
6. ¿Tuvo alguna necesidad (a nivel emocional, físico, profesional)?
7. ¿Expresó o comentó a alguien esa necesidad? ¿Tuvo alguna respuesta?
8. Si tuvo respuesta: ¿Cuál? ¿por parte de quién? ¿Esa respuesta pudo cubrir su necesidad?
9. ¿Presentó alguna necesidad que no fue atendida en su momento? ¿Qué pasó con ella?
10. ¿Cree que el incidente le impactó en su vida? ¿Hay algo que cambió en Ud.? ¿Qué? ¿Cómo?

11. Si percibe un cambio: ¿Considera ese cambio como algo bueno, malo o neutro?

12. ¿Cómo percibió que reaccionaron sus compañeros/as de trabajo? ¿Cómo le impactó a Ud esa reacción (¿generó sentimientos positivos o negativos?)? ¿Pudo expresarlo con ellos?

13. En caso de que haya comentado el incidente con un superior/coordinador o jefe: ¿Cómo percibió la reacción de sus superiores hacia Ud.? ¿Cómo le impactó a Ud. esa reacción (¿generó sentimientos positivos o negativos? ¿Pudo expresarlo con ellos?

14. Si Ud pudiese volver atrás ¿Cómo le hubiese gustado que lo traten a Ud. sus compañeros de trabajo? ¿Y sus superiores/jefe/coordinador?

15. 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?

16. ¿Cree Ud. que hoy el entorno laboral lo acompañaría de otra forma? En caso de que mencione que si: ¿De qué forma sería? ¿Por qué cree que sería distinto? ¿Cómo llega a esa conclusión?