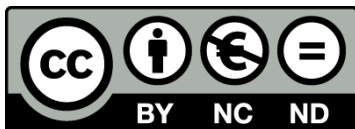

Treball Fi de Grau

Cuidado de la imperfección humana. Diseño de un programa de intervención de apoyo a segundas víctimas tras un evento adverso

Lucía Enríquez Muñoz



Aquest TFG està subject a la licència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este TFG está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This TFG is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Trabajo de Fin de Grado

Cuidado de la imperfección humana.

Diseño de un programa de intervención de apoyo a
segundas víctimas tras un evento adverso

Grado en Psicología

Autor	Lucía Enríquez Muñoz
Director	María Fernández Capo
Fecha de presentación	09/05/2022

Agradecimientos

Gracias a la Dra. María Fernández-Capo por haber sido mi tutora y haber ido de mi mano durante este camino de elaboración del trabajo de final de grado. Gracias a mis compañeras de carrera, que se han convertido durante estos 4 años en amigas y futuras psicólogas excelentes. Gracias a la vida por haberme hecho sufrir un evento adverso y ser primera víctima, pero haberme proporcionado también la fortaleza necesaria para superarlo y darle un giro de ciento ochenta grados para elaborar un programa que ayude a las segundas víctimas a paliar las consecuencias del mismo. Gracias a mis padres por ser un pilar fundamental y claro ejemplo de constancia, esfuerzo y valentía, y al apoyo de toda mi familia y amigos.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo llevar a cabo una revisión de la literatura sobre los diferentes programas de apoyo a segundas víctimas tras un evento adverso, para llegar al consenso de cuales serían las pautas necesarias para paliar las consecuencias psico-emocionales producidas en el personal sanitario tras un evento adverso. De esta forma, se establece una propuesta de programa de atención a segundas víctimas con unas bases sólidas y a partir de la evidencia científica demostrada, puesto que las consecuencias que se producen con la ausencia de una estrategia de intervención al personal sanitario que se ha visto envuelto en un evento adverso pueden llegar a ser devastadoras tanto en el ámbito personal, profesional, social, de salud y económico.

Palabras clave: Segundas Víctimas, Efecto Adverso, Consecuencias Psico-emocionales, Programa de Intervención.

Abstract

The purpose is to carry out a review of the literature on the different support programs for second victims after an adverse effect, in order to reach a consensus on what would be the necessary guidelines to alleviate the psycho-emotional consequences produced in health personnel after an adverse event. In this way, a proposal for a care program for second victims is established with solid foundations and based on proven scientific evidence, since the consequences that occur with the absence of an intervention strategy for health personnel who have been involved in an adverse effect they can become devastating in the personal, professional, social, health and economic spheres.

Keywords: Second Victims, Adverse Event, Psycho-emotional Consequences, Intervention Program.

Índice

Introducción	10
Evento Adverso y Víctimas	10
Concepto de Seguridad I y Seguridad II	13
Tipos de programas	14
Objetivos e Hipótesis	18
Estudio 1: Intervención psicoeducativa	19
Estudio 2: Intervención individual	19
Métodos.....	20
1ª Fase: Intervención psicoeducativa	21
<i>Participantes y procedimiento</i>	21
<i>Instrumentos</i>	22
<i>Análisis de datos</i>	23
2ª Fase: Intervención individual.....	23
<i>Participantes y procedimiento</i>	23
<i>Instrumentos</i>	25
<i>Análisis de datos</i>	26
Resultados y discusión	26
Bibliografía	29
Anexos	36
Anexo 1. Programa de apoyo a segundas víctimas: Cuidado de la imperfección humana	36
Ámbito de aplicación y destinatarios del programa.....	36

Recursos materiales y humanos	36
Desarrollo del programa	36
<i>Etapa I: Intervención psicoeducativa</i>	36
<i>Etapa II: Detección e intervención de segundas víctimas</i>	41
Anexo 2: Formulario de elaboración propia, fase I del programa	44
Anexo 3: Cuestionario sobre la experiencia de las segundas víctimas y medios de apoyo (SVEST-E).....	45
Anexo 4: Cronograma de la aplicación del programa Cuidado de la Imperfección Humana .	49

Introducción

Cualquier tipo de intervención médica o sanitaria no está exenta de riesgos, por lo que siempre hay cierta probabilidad, por mínima que sea, de que se produzca algún tipo de incidente que ponga en peligro la seguridad del paciente. Estos incidentes provocan consecuencias no solo en el propio paciente y sus familiares directos (primera víctima), sino también en los profesionales implicados (segundas víctimas) y en la institución u organización (tercera víctima).

Evento Adverso y Víctimas

Un evento o efecto adverso (EA) se define como un incidente que resulta en un daño, lesión, ingreso hospitalario prolongado, *exitus* (muerte), complicación o cuasi-accidente no intencional a un paciente, como resultado clínico inesperado e involuntario de la atención médica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

En el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS, 2005), se concluyó que la incidencia de EA en los hospitales españoles es de un 9,3% de los casos anuales de atención hospitalaria, identificando que casi la mitad de estos casos (42,8%) podrían haber sido evitados (obteniendo una incidencia similar a la de estudios realizados en países como Estados Unidos, Australia o Europa de metodología similar). Las tres causas más prevalentes del EA, fueron relacionadas con la medicación, las infecciones nosocomiales o los problemas técnicos de los procedimientos quirúrgicos y cuidados.

La terminología utilizada para hacer referencia a un efecto adverso (“*adverse event*”) es variable: “*stressful patient-related events*”, “*stressful clinical events*”, “*serious unanticipated adverse event*”, “*patient safety incident*” (PSI), “*medical errors and adverse patient outcomes*” o “*medical errors and adverse events*”. Todos ellos representan el mismo concepto, no obstante, algunos programas de apoyo a segundas víctimas especifican el contexto

en el que ocurre (como el Surgery-Specific Second Victim Program, donde mencionan “*major perioperative adverse event*”).

Wu (2000) acuñó el término de “segunda víctima”, comprendiendo que los pacientes y sus familiares -indiscutiblemente- son las primeras víctimas y quienes sufren tanto física como emocionalmente el impacto del incidente; pero en sus publicaciones también tiene en cuenta las consecuencias que pueden derivarse sobre todos aquellos proveedores de atención médica que hayan formado parte o estén involucrados, de alguna manera u otra, en el evento adverso. Las segundas víctimas, tras el EA, podrían llegar a presentar emociones negativas o angustia emocional, problemas de sueño, sentimientos de remordimiento y autocastigo, culpa, incapacidad, ira y vergüenza, ansiedad y depresión; transfiriendo también a la vida personal, y pudiendo provocar la pérdida de confianza en sus habilidades profesionales (Mira et al., 2015).

Este conjunto de factores pueden tener consecuencias en el desempeño laboral con un afrontamiento erróneo de la situación (Busch, 2021), la disminución de la satisfacción en el trabajo, la afectación de las competencias y el rendimiento del profesional proveedor de los servicios de salud y la necesidad de tiempo libre (Martos, 2021); además de posibles signos físicos tales como fatiga, alteraciones en los ritmos circadianos, falta de concentración, taquicardia e hipertensión. Todo ello lleva a la posibilidad de que se generen errores adicionales en la atención que se brinda a los pacientes que pueden generar un círculo vicioso de error-agotamiento-error (Pratt, 2015), donde podría verse implicada la atención segura a futuros pacientes que estarían considerados como cuartas víctimas (Ozeke et al., 2019).

En muchas ocasiones la vivencia de segunda víctima se asemeja, dada la sintomatología característica que presenta el personal sanitario tras el efecto adverso, al trastorno de estrés postraumático (Rassin et al., 2015; Scott et al., 2008; Van Gerven et al., 2016). Este malestar se agrava cuando la segunda víctima percibe la falta de apoyo institucional (Van Gerven, Seys et al., 2014; Van Gerven, Deweer et al., 2016; Waterman et al., 2007), aunque se ha demostrado

que el 60% de segundas víctimas, con el apoyo de los compañeros más cercanos, ya mejoran (Scott et al., 2010). Sin embargo, cuando la segunda víctima sufre en silencio y no logra reponerse de la experiencia puede producirse el abandono definitivo de la profesión o, incluso, el suicidio (Grissinger, 2014; Pratt, 2015).

La organización o institución distribuidora de atención médica puede experimentar una posible pérdida de reputación y desconfianza ante los servicios que presta tras un EA. Sin embargo, basándonos en los datos que tenemos en la actualidad en España, pese las consecuencias negativas que conlleva para la tercera víctima un evento adverso, más del 35% de los profesionales hospitalarios y el 43% de los centros de atención primaria, informaron que la organización en la que trabajan no presenta un plan establecido de actuación ante un EA en su organización (Mira et al., 2015).

A nivel internacional, las segundas víctimas representan entre el 30% y el 92% de los profesionales sanitarios (Dumitrescu & Ryan, 2014; Edrees, Paine, et al., 2011; Edrees & Wu, 2016; Seys et al., 2013). En España, se estima que aproximadamente el 15% de los profesionales sanitarios tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria están envueltos en algún tipo de evento adverso cada año y solo el 10% de ellos cree que en su hospital la ayuda y el apoyo brindados son suficientes (Mira et al., 2015).

Cabe destacar que estas prevalencias, probablemente sean mayores, puesto que no todos los profesionales sanitarios verbalizan y notifican un efecto adverso, por el temor a ser juzgados, señalados y verse sometidos a un procedimiento legal.

En la sociedad actual se ha confiado al personal sanitario la expectativa de perfección en el trato y cuidado del paciente, sin embargo, “son solo humanos” por lo que pese al avance tecnológico, las innovaciones en las pruebas de laboratorio y la aparente objetividad de muchos procedimientos médicos; los efectos adversos continúan produciéndose (Mira & Lorenzo, 2016; Scott et al., 2009).

Concepto de Seguridad I y Seguridad II

Hollnagel, Wears y Braithwaite (2015) destacan, además de la importancia de limitar la ocurrencia de eventos adversos y sus consecuencias para el paciente (seguridad I), la resiliencia como elemento clave para garantizar la prestación de una atención segura (seguridad II). Por tanto, se debe aprender de lo que sale mal (seguridad I) y tener la capacidad de reconocer lo que sucede cuando las cosas van bien (seguridad II).

El personal sanitario no requiere ser comprendido como fuente de error, sino como fuente de ayuda segura. Por lo que se debe promover, desde la organización, un buen clima laboral, el ajuste del trabajo a las condiciones y el respaldo a los trabajadores ante un evento adverso. De esta manera, se conseguirá establecer un apoyo efectivo al paciente y sus cuidadores, sentimientos de autoeficacia y la identificación de acciones correctivas para disminuir la recurrencia del fallo; evitando así errores del sistema que crearían cascada de eventos adversos (como la comunicación ineficaz o errónea médico-paciente) y garantizando una atención segura y de alta calidad con la aceptación de que reducir absolutamente la probabilidad de error no es posible (Busch et al., 2021), dada la imperfección implícita de la naturaleza del ser humano.

Según el modelo de resiliencia social, fomentar la resiliencia individual del personal sanitario conduciría a la resiliencia institucional, es decir, del hospital (Connors, 2021). En esta misma línea, la toma de decisiones resiliente ayudaría a los médicos a identificar de manera proactiva los problemas y a prevenir la ocurrencia de eventos adversos (Busch et al., 2021).

Las medidas para paliar las consecuencias de los efectos adversos, según el estudio realizado en España por Aranaz (2013), más valoradas por las segundas víctimas son: reparar el daño que ha sufrido el paciente, hablar con los pacientes/familiares, sentirse apoyados por la dirección, ayudarles a controlar las reacciones de estrés agudo (miedo, ansiedad, culpa, etc.), ofrecer y protocolizar medidas de apoyo al profesional, instaurar la cultura para la prevención

del EA, analizar el suceso y buscar soluciones, apoyo emocional de los compañeros y legal, y formación en afrontamiento de errores. Algunos de los profesionales implicados en un EA también expresan la necesidad de compartir y comunicar la experiencia con compañeros, así el perdón con el paciente y/o con ellos mismos (Martos, 2021).

Tipos de programas

Busch (2021) lleva a cabo una revisión sistemática de la literatura en la que estudia en profundidad 10 programas de apoyo a nivel internacional (ver Tabla1). Los elementos clave que deben estar incluidos en un programa de soporte a segundas víctimas según estos investigadores son:

- La autoidentificación de la segunda víctima por parte de compañeros/iguales y el apoyo por parte de estos. Este apoyo interno entre los compañeros debe ser voluntario, confidencial, disponible, inmediato y próximo al evento, para permitir la derivación a niveles más altos de apoyo en caso de que sea necesario.
- Centrarse en primeros auxilios psicológicos y métodos proactivos de apoyo entre iguales (identificación del EA y del personal involucrado en él)
- Proveer apoyo individual y grupal en hospitales, departamentos médicos y centros de atención primaria; preferiblemente poco después del evento.

Estas características son necesarias para reducir la angustia aguda y facilitar el acceso a la atención y apoyo continuos, fomentando estrategias de afrontamiento adecuadas y la resiliencia personal de las segundas víctimas. De esta forma se evitan consecuencias psico-emocionales de mayor magnitud, bajas laborales y mayores costes económicos.

Tabla 1. Principales programas de apoyo a segundas víctimas a nivel internacional

Programa	Año y Lugar	Apoyo entre iguales	Objetivos generales de la Intervención
Peer Support Service (Pelt, 2008)	2006 Brigham and Women's Hospital (Boston, USA)	Apoyo individual y grupal	Respuesta integral de apoyo emocional para involucrados: pacientes de EA y cuidadores
Healing Beyond Today (Roesler, 2009)	2006 Neonatal ICU at Riley Hospital for Children (Indianapolis, USA)	Apoyo individual y grupal	Critical Incident Stress Management and Psychological First Aid + Just Culture Model (modelo cultura justa)
ForYOU Team (Scott, 2010; Hirsching, 2015)	2009 University of Missouri, Columbia (USA)	Apoyo individual y grupal	Resiliencia individual. Autoidentificación y por iguales. MITTS + Critical Incident Stress + T ^a cuidado transpersonal
RISE (Connors, 2021; Dukhanin, 2018; Edrees, 2016)	2011 Johns Hopkins Hospital (Baltimore, MA, USA)	Apoyo individual y grupal	Fomentar estrategias de afrontamiento en 2as víctimas y fortalecer resiliencia individual
SWADDLE (Trent, 2016)	2011 Scott&White Healthcare (Central Texas, USA)	Solo apoyo individual	Fomentar estrategias de afrontamiento en 2as víctimas y fortalecer resiliencia individual

CARE for the CAREGIVER (Morales & Brown, 2019)	2013 Ten-Hospital Health System (District of Columbia, USA)	Solo apoyo individual	Fomentar y mejorar estrategias de afrontamiento en 2as víctimas
YOUMatter Program (Krazn, 2015; Merandi, 2017)	2013 At Nationwide Children's Hospital (Columbus, USA)	Apoyo individual y grupal	Basado o adaptado del modelo de 3 niveles de ForYOU Team (Scott)
WUSM Peer Sup. Program (Lane, 2018)	2014 Washington University of Medicine at Barnes-Jewish Hospital (St. Louis, MO-USA)	Solo apoyo individual	Fomentar estrategias de afrontamiento en 2as víctimas y fortalecer resiliencia individual
Second Victim Program (Wijaya, 2018)	2015 BIMC: Bali International Medical Centre, Kuta and Nusa Dua hosp. (Indonesia)	Apoyo individual y grupal	Basado o adaptado del modelo de 3 niveles de ForYOU Team
Surgery-Specific 2º victim program (El Hechi, 2019)	2017 Department of Surgery at Massachusetts General Hospital (Boston, MA, USA)	Solo apoyo individual	Fomentar y mejorar estrategias de afrontamiento en 2as víctimas Basado en el ForYOU Team y y Peer Support

Fuente: Elaboración propia

En el caso de intervenciones como RISE, For YOU y WUSM, se especifica la amplia gama de profesionales sanitarios que forman parte de esos programas, no solo médicos: enfermeras, residentes, becarios, técnicos respiratorios, farmacéuticos, asistentes de atención al paciente, personal de seguridad, trabajadores sociales, paramédicos, secretarios de unidad y auxiliares de enfermería.

Además de estos 10 programas de apoyo a segundas víctimas, Busch (2021) también estudió dos grupos de apoyo: MITTS y MISE. El Medically Induced Trauma Support Services [MITSS] (Kenney, 2002) es una organización sin ánimo de lucro que proporciona un “kit de herramientas” para pacientes, familias y personal sanitario afectado por un evento adverso, además, incluye una evaluación para la organización (tercera víctima) sobre cómo se encuentra en términos de apoyo del personal tras un EA, para construir un sistema que respalde a sus trabajadores. El segundo recurso, y el más reciente, es el Mitiganin Impact in Second Victim [MISE] propuesto por Mira (2017), una página web que brinda información sobre el término de segundas víctimas y las consecuencias psico-emocionales ante un EA, ofreciendo también las acciones correctas e incorrectas que pueden llevarse a cabo tras el evento adverso.

Dadas las conclusiones de la literatura científica revisada, los participantes de los programas anteriormente citados evalúan positivamente los recursos que se les ofrecen, teniendo gran influencia en su mejora el apoyo entre iguales (Busch, 2021). No obstante, se han encontrado numerosos desafíos como la falta de intervenciones de apoyo en la mayoría de hospitales del mundo, la baja conciencia o el desconocimiento del fenómeno de segunda víctima, la poca demostración de la efectividad de los programas, la preocupación por la confidencialidad y las consecuencias legales, la falta de financiación y la disponibilidad y accesibilidad del programa, la cultura de trabajo que no ve la importancia de fomentar el bienestar de los sanitarios y el sentimiento de culpa hacia el personal médico cuando algo sale mal (se perciben como fuente de error).

Por tanto, para la implementación de un plan de apoyo a segundas víctimas es necesario posicionarse en contra tanto de la cultura de culpa cuando ocurre el EA como de la estigmatización de los problemas de salud mental, transmitiendo un mensaje de confianza al personal sanitario y de que nos importa su bienestar tanto personal como profesional. De esta forma, además, se produciría un impacto positivo del personal afectado (segundas víctimas) y del personal de apoyo, es decir, sobre los compañeros de trabajo no involucrados en el EA, quienes ven su papel como fuente de significado, alegría y satisfacción por ayudar a sus iguales, pero también de angustia y agotamiento, por lo que será necesario mantener su bienestar para que sigan identificando y apoyando a sus iguales (Busch, 2021).

Pese al acuerdo generalizado de que la atención médica, en ocasiones, no está exenta de errores y la falta de conciencia en la sociedad de que la seguridad total en la atención sanitaria no es posible (Mira & Lorenzo, 2016); ante un evento adverso en muchas instituciones sanitarias no se ha establecido una ruta de trabajo protocolarizada y adaptada a las circunstancias del centro médico u hospital en el que se lleve a cabo para el apoyo de la segunda víctima. Por ello, es necesario el diseño de un programa que pueda ser implementado y que permita su recuperación, limitando y reduciendo las consecuencias negativas del EA en sí y la repetición de errores posteriores.

Objetivos e Hipótesis

El objetivo principal de la propuesta es el diseño de un programa de intervención para la reducción de la sintomatología experimentada por las segundas víctimas tras un evento adverso en el ámbito hospitalario a través de la formación del personal sanitario sobre el propio fenómeno y la preparación de todos ellos para ser capaces de dar apoyo a sus iguales (Intervención psicoeducativa, estudio 1) y de brindar estrategias mediante sesiones individuales para abordar la esfera psico-emocional que puede verse afectada después de sufrir un EA todos aquellos implicados que lo requieran (Intervención individual, estudio 2).

Estudio 1: Intervención psicoeducativa

En esta primera fase del programa “Cuidado de la imperfección humana” se tiene como propósito la formación de los miembros del hospital en el que se imparta el programa de apoyo a segundas víctimas sobre el propio fenómeno, los eventos adversos, la implicación, los efectos de este sobre el personal sanitario involucrado y la importancia de las primeras actuaciones.

Objetivos específicos

- Objetivo 1.1.: Formar sobre el fenómeno de segunda víctima y los eventos adversos.
- Objetivo 1.2.: Ofrecer las herramientas necesarias para el apoyo entre iguales.
- Objetivo 1.3.: Dar a conocer en qué consiste la fase II del programa.

Hipótesis

- Hipótesis 1.1.: Los profesionales sanitarios formados sobre qué es un evento adverso y/o segundas víctimas aumentan significativamente sus conocimientos sobre ello.
- Hipótesis 1.2.: La falta de herramientas para el apoyo entre iguales agrava y dificulta el proceso de recuperación de la segunda víctima tras un evento adverso.
- Hipótesis 1.3.: Los asistentes a las sesiones de la fase II del programa solicitarán ayuda en el caso de ser necesario, al conocer que se ofrecen sesiones individuales.

Estudio 2: Intervención individual

En la segunda fase del programa se llevará a cabo una intervención individual con el fin de tratar y aminorar la sintomatología característica que pueden desarrollar las segundas víctimas tras un EA (ansiedad, inseguridad, temores...), así como la mejora de su rendimiento laboral y el restablecimiento de su bienestar psicológico, arrebatado tras el efecto adverso.

Objetivos específicos

- Objetivo 2.1.: Analizar las demandas recibidas a través del mail confidencial y esclarecer lo ocurrido para identificar a los implicados y la/s segunda/s víctima/s.
- Objetivo 2.2.: Determinar necesidades de intervención individual y/o de baja laboral.

- Objetivo 2.3.: Llevar a cabo un proceso terapéutico con la segunda víctima que alivie el malestar y las consecuencias psicológicas del evento adverso.

Hipótesis

- Hipótesis 2.1.: Clarificar los hechos implica un mayor conocimiento de ello para abordarlo adecuadamente y hacer una correcta reestructuración del EA.
- Hipótesis 2.2.: Identificar las segundas víctimas que requieren de intervención y/o que se ven imposibilitadas para seguir en su puesto de trabajo implica la reducción del riesgo a que vuelva a producirse otro EA.
- Hipótesis 2.3.: Las sesiones individuales ayudarán a la segunda víctima a reprocesar lo sucedido y a reestablecer su funcionalidad, reduciendo la sintomatología ansioso-depresiva y/o postraumática asociada.

Métodos

Como se ha mencionado con anterioridad, el diseño del programa de intervención “Cuidado la imperfección humana” consta de dos fases: una primera fase de intervención psicoeducativa que será dirigida a todos los miembros del hospital en el que se imparta el programa, y otra para las segundas víctimas tras un efecto adverso que requieran de intervención individual (Tabla 2).

Tabla 2. Fases del programa de intervención

1ª Fase: Intervención psicoeducativa	2ª Fase: Intervención individual
- Participantes y procedimiento	- Participantes y procedimiento
- Instrumentos	- Instrumentos
- Análisis de datos	- Análisis de datos

Fuente: Elaboración propia

1ª Fase: Intervención psicoeducativa

Participantes y procedimiento

Los destinatarios de estas sesiones formativas serán todos aquellos profesionales de la salud que trabajen en el hospital donde se implemente el programa (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos...), así como alumnos, administrativas de atención al paciente y dirección. Por tanto, el criterio de inclusión para la participación a esta primera fase del programa serán los asistentes miembros del hospital que asistan a las sesiones informativas, ya sea de manera presencial o vía telemática (a través de la plataforma Google Meet).

En la primera etapa del programa, se darán 3 sesiones formativas de 60 minutos (ver tabla 3) en las que se explicará el término de segunda víctima, la prevalencia de los EA en el ámbito hospitalario y ambulatorio, las consecuencias en el personal sanitario, la importancia del apoyo entre iguales, cómo promover resiliencia y la autopercepción del personal sanitario como fuente de ayuda segura y no de error. Además, se explicará en qué consiste la segunda fase del programa de intervención individual para todos aquellos que requieran de apoyo tras un efecto adverso.

Tabla 3. Etapa I del programa “Cuidado de la imperfección humana”

Sesión	Objetivo	Descripción
I	Presentación del programa y del término segunda víctima	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar de dónde partimos - Presentación del programa - Introducción al efecto adverso y a las 1as, 2as, 3as y 4as víctimas

II	Identificar la normalidad y la necesidad de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> - Resumen de la anterior sesión - Reacción normal vs necesidad de ayuda - Consecuencias de un EA en las 2as víctimas - Importancia del apoyo entre iguales - “Tus actos no te definen” - Introducción al programa - Protocolo
III	Psicoeducación: ¿Qué podemos hacer ante un EA?	<ul style="list-style-type: none"> - Resumen de sesiones anteriores - Cómo apoyar y acompañar, como compañeros, a las 2as víctimas - Describir las características del programa y las posibilidades que se ofrecen: terapia individual, posibles trámites, supervisión del EA e información a las familias, etc.

Fuente: Elaboración propia

Para saber desde donde partimos en la primera etapa psicoeducativa del programa, los asistentes deberán responder unas preguntas (ver Anexo 2) de elaboración propia antes y después de las sesiones, cuyos resultados serán analizados posteriormente para estudiar la efectividad de las sesiones (pre-post test). Previamente se solicitará el consentimiento informado a los participantes del uso de estos datos con dicho fin.

Instrumentos

Cuestionario online. Dirigido a todos los asistentes a las sesiones formativas, formado por 10 preguntas (ver Anexo 2) de elaboración propia a partir de las preguntas propuestas por el grupo de investigación español liderado por José Joaquín Mira en su página web sobre segundas víctimas (<http://www.segundasvictimas.es>). Estas respuestas quedarán registradas de

forma anónima mostrando desde dónde partimos y también cuál es la situación actual en cuanto a conocimiento sobre segundas víctimas y efectos adversos del personal del hospital en el que se imparten las sesiones y se establece el programa.

Análisis de datos

Tras las 3 sesiones de esta primera fase psicoeducativa del programa se espera que todos los asistentes tengan mayores conocimientos sobre el fenómeno de segunda víctima, los eventos adversos y cómo poder ofrecer un adecuado apoyo a sus iguales. Para la evaluación de su efectividad, se hará una comparación de medias emparejadas pre-post test a través de una prueba T de Students de los ítems 1, 5 y 8; esperando obtener resultados que corroboren que son más conocedores del término de segunda víctima y EA en la segunda pasación de las preguntas, obteniendo mayor puntuación en dichos ítems. Asimismo, se hará una revisión cualitativa de los resultados que se obtengan en el ítem 9 del cuestionario, puesto que presenta un formato libre de respuesta.

Todos aquellos implicados en un EA que requieran de ayuda psicológica, al ser conocedores del programa, escribirán al mail facilitado, dando comienzo a la intervención individual que formará parte de la segunda fase del programa.

2ª Fase: Intervención individual

Participantes y procedimiento

La intervención individual está dirigida a todos aquellos profesionales de la salud que trabajen en el hospital y se pongan en contacto con la persona referente del programa para llevar a cabo la intervención individual a través del mail privado que se transmitirá. El criterio de inclusión, pues, es ser personal sanitario del hospital en el que se implemente “Cuidado de la imperfección humana” y haber sufrido un efecto adverso en primera persona o haber sido

observador de ello, desarrollando un malestar psicológico y unas consecuencias emocionales y/o físicas que le impiden el correcto ejercicio de su profesión.

Tabla 4. Etapa II del programa de intervención: “Cuidado de la imperfección humana”

Fases	Descripción				
Contacto al mail privado	La segunda víctima se pone en contacto con la persona referente del programa				
Aclaración EA e identificación de segundas víctimas	Se aclara el evento adverso y se identifican las segundas víctimas				
Pasación del cuestionario SVEST-E	Valoración psicométrica de las consecuencias psico-emocionales en las segundas víctimas				
Sesiones individuales	Sesión I	Sesión II	Sesión III		
Revaloración de la segunda víctima, cuestionario SVEST-E	Alta				
	Sesión IV	Sesión V	Sesión VI	Sesión VII	Sesión VIII

Fuente: Elaboración propia

El personal sanitario destinatario del programa de apoyo a segundas víctimas y que haya sufrido un evento adverso solicitará atención psicológica a través de un mail privado y se acordará llevar a cabo la primera entrevista en la que se hará una valoración del EA, un análisis de los implicados en este y una evaluación de las segundas víctimas correspondientes (ya que ante un mismo hecho no todos requerirán de intervenciones especializadas).

Una vez identificadas las segundas víctimas, y se lleve a cabo la pasación del cuestionario SVEST que valorará su malestar, se contemplará si el profesional sanitario tiene

las capacidades mínimas requeridas y suficientes para continuar trabajando o, si por el contrario, debe acogerse a la baja laboral.

En las sesiones individuales se hará una reevaluación de la situación, se reconstruirá paso a paso el evento adverso, haciendo un manejo de la esfera emocional y la aceptación del suceso, así como el trabajo del auto-perdón. La intervención, pues, estará basada en el trabajo de la memoria traumática y las preocupaciones y malestar que pueda generar la sintomatología de la segunda víctima que seguramente haya tenido repercusión en su esfera personal, laboral, familiar y social. Se llevarán a cabo en 3 sesiones individuales con la segunda víctima, aunque de no haber mejorado su clínica o de no haberse logrado la consecución de los objetivos terapéuticos propuestos al comienzo de la intervención, se ofrecerá la opción de ampliar el tratamiento con 5 sesiones más.

Instrumentos

The Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E); (Santana-Domínguez et al., 2020). Cuestionario que evalúa la vivencia de la segunda víctima y los recursos de soporte percibidos en un total de 36 ítems, subdivididos en: 25 ítems que consideran siete dimensiones (Sufrimiento psicológico, Sufrimiento físico, Apoyo de los compañeros de trabajo, Apoyo del supervisor, Apoyo institucional, Apoyo no relacionado con el trabajo y Autoeficacia personal) y 4 ítems que valoran dos variables resultado (Intención de cambio y Absentismo) con un sistema de respuesta tipo Likert con 5 posibles respuestas que van de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”). Las puntuaciones más altas están relacionadas con una mayor experiencia y sentimiento de segunda víctima. Asimismo, el SVEST-E también presenta 7 ítems que forman la sección de formas de apoyo deseadas puntuadas con una escala tipo Likert de 1 (“fuertemente no deseada”) y 5 (“deseo fuerte”).

Análisis de datos

Para verificar que la intervención individual reduce la sintomatología ansioso-depresiva o el malestar ocasionado en la segunda víctima tras haber experimentado un evento adverso, tras las 3 sesiones (o más, en el caso de que se requieran), se volverá a llevar a cabo la pasación del cuestionario SVEST-E; esperando puntuaciones bajas o mínimas, puesto que representaría la mejoría del profesional sanitario (aplicación pre-post test). Por tanto, se compararán los resultados obtenidos en las aplicaciones del cuestionario, realizando una T-Students de medias emparejadas, y esperando que las puntuaciones obtenidas sean menores. Asimismo, previamente a la intervención individual como tal, se llevará a cabo un esclarecimiento de los hechos que han desencadenado el EA para que pueda ser trabajado durante las sesiones individuales.

Resultados y discusión

Dada la elevada prevalencia de eventos adversos producidos en el ámbito hospitalario en el que se encuentran numerosas segundas víctimas implicadas, tras la revisión de la literatura realizada y el análisis de los programas ya creados de apoyo a segundas víctimas, se ha observado la falta de un programa protocolizado y presencial en España, al existir solamente uno en formato online (Mira, 2015). Por tanto, se ha visto necesario el diseño de un plan de intervención que pueda ser implementado en un determinado hospital. Pese a que debido a la falta de tiempo no se ha podido poner en práctica el programa “Cuidado de la imperfección humana” (CIMPH), está previsto que su implementación ayude a los profesionales de la salud implicados en un evento adverso (segundas víctimas) a recuperar su funcionalidad y mejorar la sintomatología ansioso-depresiva y/o postraumática aflorada tras el EA.

El programa de intervención consta de 2 fases: Una primera parte psicoeducativa dirigida a todos los profesionales de la salud miembros del hospital y otra formada por diversas sesiones individuales para las segundas víctimas.

Con el objetivo de analizar si los asistentes a las 3 sesiones informativas presentan mayores conocimientos sobre el término de segunda víctima y de evento adverso (EA), así como del apoyo necesario a sus iguales y de nuestro programa; los participantes deberán responder a las preguntas realizadas antes del comienzo de esta primera etapa del programa de intervención (Psicoeducación). Los resultados esperados son que, al concluir la formación, todos los participantes sean más conocedores de los términos de primeras, segundas, terceras y cuartas víctimas, de qué supone un EA y de la importancia del apoyo a sus compañeros para que las consecuencias no sean mayores. Asimismo, los asistentes serán formados en cómo deben ayudarse y acompañarse entre iguales ante un efecto adverso. De esta manera, directivos y coordinadores, además del personal sanitario, pueden tomar consciencia del fenómeno y de la importancia del apoyo entre iguales así como de los beneficios de estar formados en ello.

Para valorar si la intervención individual que compone esta segunda fase de CIMPH ha logrado la mejoría de la sintomatología que presentaba la segunda víctima tras el efecto adverso se volverá a llevar a cabo la pasación del cuestionario SVEST-E. Cabe destacar que cuando se finalizan los plazos y las sesiones acordadas, se pueden dar 3 situaciones diferentes: Abandono o traslado de unidad o centro debido a los sentimientos de incompetencia que se generarían, supervivencia con afrontamiento de lo ocurrido y pese a la persistencia de pensamientos intrusivos y tristeza se intenta aprender del evento y ser resiliente, o la superación con la consecución de un equilibrio entre la vida personal y profesional con una visión de gran perspectiva del evento adverso (Scott et al., 2009).

A fin de que este programa de intervención diseñado pueda demostrarse válido y fiable, se espera que en el futuro pueda ser implementado y se demuestre su eficacia en la formación de los profesionales de la salud sobre el fenómeno de segunda víctima (fase 1: Intervención psicoeducativa) y en el apoyo de los implicados en un efecto adverso (fase 2: Intervención individual).

Bibliografía

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, Gea-Velazquez de Castro MT; ENEAS work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009;21(6):408-14

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E; ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(12):1022-9.

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>

Bisson A. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *The Cochrane Collaboration*: John Wiley & Sons 2005. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub2>

Busch, I. M., Moretti, F., Campagna, I., Benoni, R., Tardivo, S., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2021). Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: A systematic review of second victim support resources. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105080>

Busch, I.M.; Moretti, F.; Purgato, M.; Barbui, C.; Wu, A.W.; Rimondini, M. Dealing with Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims' Coping Strategies. *J Patient Saf*. 2020, 16, e51–e60.

Busch, I.M.; Moretti, F.; Purgato, M.; Barbui, C.; Wu, A.W.; Rimondini, M. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Patient Saf.* 2020, 16, e61–e74.

Connors, C.A.; Dukhanin, V.; Norvell, M.; Wu, A.W. RISE: Exploring Volunteer Retention and Sustainability of a Second Victim Support Program. *J. Healthc. Manag.* 2021, 66, 19–32.

Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. (2009). http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf

Dukhanin, V.; Edrees, H.H.; Connors, C.A.; Kang, E.; Norvell, M.; Wu, A.W. Case: A second victim support program in pediatrics: Successes and challenges to implementation. *J. Pediatr. Nurs.* 2018, 41, 54–59

Dumitrescu, A. y Ryan, C. A. (2014). Addressing the taboo of medical error through IGBO's: I got burnt once! *European Journal of Pediatrics*, 173(4), 503-508.

Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H. y Wu, A.W. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*, 6(9). Recuperado de <http://bmjopen.bmj.com/content/6/9/e011708.long>

Edrees, H. H., Morlock, L. y Wu, A. W. (2017). Do Hospitals Support Second Victims? Collective Insights From Patient Safety Leaders in Maryland. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 43(9), 471-483.

Edrees, H. H., Paine, L. A., Feroli, E. R., & Wu, A. W. (2011). Health care workers as second victims of medical errors. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 121(4), 101–108.

El Hechi, M.W.; Bohnen, J.D.; Westfal, M.; Han, K.; Cauley, C.; Wright, C.; Schulz, J.; Mort, E.; Ferris, T.; Lillemoe, K.D.; et al. Design and Impact of a Novel Surgery-Specific Second Victim Peer Support Program. *J. Am. Coll. Surg.* **2020**, *230*, 926–933.

Foa E, Keane T, Friedman M. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the international society for traumatic stress studies. New York, NY: Guilford Press, 2000

García Díaz, F. (2006). Breaking bad news in medicine: Strategies that turn necessity into a virtue. *Medicina Intensiva*, *30*(9), 452–459. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(06\)74569-7](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(06)74569-7)

Grissinger, M. (2014). Too Many Abandon the “Second Victims” Of Medical Errors. *Pharmacy & Therapeutics*, *39*(9), 591-592.

Grotberg, E. (1995b). The Internacional Resilience Project: Promoting Resilience in Children. Wisconsin: Universidad de Wisconsin.

Hollnagel, E., Wears, R. L., & Braithwaite, J. (n.d.). *From Safety-I to Safety-II: A White Paper*.

Hirschinger, L.E.; Scott, S.D.; Hahn-Cover, K. Clinician Support. Five Years of Lessons Learned. PHQH. 2015. Available online: <https://www.psqh.com/analysis/clinician-support-five-years-of-lessons-learned/> (accessed on 27 September 2020).

Krzan, K.D.; Merandi, J.; Morvay, S.; Mirtallo, J. Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital. *Am. J. Health Syst. Pharm.* **2015**, *72*, 563–567.

Lane, M.A.; Newman, B.M.; Taylor, M.Z.; O’Neill, M.; Ghetti, C.; Woltman, R.M.; Waterman, A.D. Supporting Clinicians after Adverse Events: Development of a Clinician Peer Support Program. *J. Patient Saf.* 2018, *14*, e56–e60

Martos, C. (2021). The role of forgiveness in disclosure and victim support after a patient safety incident [Tesis de Doctorado, Universidad Internacional de Catalunya].

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/673273/Tesis%20Carla%20Martos%20Algarra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Merandi, J.; Liao, N.; Lewe, D.; Morvay, S.; Stewart, B.; Catt, C.; Scott, S.D. Deployment of a Second Victim Peer Support Program: A Replication Study. *Pediatr. Qual. Saf.* 2017, 2, e031.

Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo-Fernández, J. Á., Vitaller, J., Nuño-Solinís, R., & Astier, P. (2015). The aftermath of adverse events in spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>

Mira, J. J., Lorenzo, S., Carrillo, I., Ferrús, L., Pérez-Pérez, P., Iglesias, F., Silvestre, C., Olivera, G., Zavala, E., Nuño-Solinís, R., Maderuelo-Fernández, J. Á., Vitaller, J., & Astier, P. (2015). Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Services Research*, 15(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>

Mira, J. J., Lorenzo, S., Carrillo, I., Ferrús, L., Pérez-Pérez, P., Iglesias, F., Silvestre, C., Olivera, G., Zavala, E., Maderuelo-Fernandez, J. Á., Astier, P., Anglès, R., Fidel, S. G., López, A., Bonilla, A., Crespillo, C., Sanz, S., Renilla, M. E., Ochando, A., ... Palacio, J. M. (2015). Something is wrong in the way we inform patients of an adverse event. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 370–374. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.004>

Mira, J.J.; Carrillo, I.; Guilabert, M.; Lorenzo, S.; Pérez-Pérez, P.; Silvestre, C.; Ferrús, L. Spanish Second Victim Research Team. The Second Victim Phenomenon after a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses after a Clinical Error. *J. Med. Internet Res.* 2017, *19*, e203

Mira, J. J., Lorenzo, S., Carrillo, I., Ferrús, L., Silvestre, C., Astier, P., Iglesias-Alonso, F., Maderuelo, J. A., Pérez-Pérez, P., Torijano, M. L., Zavala, E., Scott, S. D., Aibar, C., Anglès, R., Aranaz, J., Bonilla, A., Bustinduy, A. J., Crespillo, C., Fidel, S. G., ... Vitaller, J. (2017). Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. *International Journal for Quality in Health Care*, *29*(4), 450–460. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx056>

Mira-Solves, J. J., Romeo-Casabona, C. M., Astier-Peña, M. P., Urruela-Mora, A., Carrillo-Murcia, I., Lorenzo-Martínez, S., & Agra-Varela, Y. (2017). In case of an adverse event don't forget to say sorry. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, *40*(2), 279–290.

Morales, C.L.; Brown, M.M. Creating a Care for the Caregiver Program in a Ten-Hospital Health System. *Crit. Care Nurs. Clin. N. Am.* 2019, *31*, 461–473.

Pacheco, T., Garrosa, E., López, E. y Robles, J. (2012). *Atención psicosocial en emergencias*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

Pratt, S.; Kenney, L.; Scott, S.D.; Wu, A.W. How to develop a second victim support program: A toolkit for health care organizations. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* **2012**, *38*, 235–240.

Rassin, M., Kanti, T. y Silner, D. (2005). Chronology of medication errors by nurses: accumulation of stresses and PTSD symptoms. *Issues in Mental Health Nursing*, *26*(8), 873-886.

Rodríguez, J. . (2010). ‘Comunicación Clínica: Cómo dar Malas Noticias’. Abril 9, 2018, de Centro de Salud Ortuella Sitio web: <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf>

Santana-Domínguez, I., González-de la Torre, H., Martín-Martínez, A. (2020). Adaptación transcultural al contexto español y evaluación de la validez de contenido del cuestionario Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E). *Revista El Sevier: Enfermería Clínica*, 31 (2021), 334-343.

Seys, D., Wu, A. W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., ... Vanhaecht, K. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation & the Health Professions*, 36(2), 135-162.

Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J. y Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality & Safety in Health Care*, 18(5), 325-330.

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. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(5), 233-240

Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P., & Armitage, G. (2010). Coping with medical error: A systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals’ psychological well-being. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6). <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.035253>.

Trent, M.; Waldo, K.; Wehbe-Janek, H.; Williams, D.; Hegefeld, W.; Havens, L. Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program. *J. Healthc. Risk Manag.* 2016, *36*, 27–34.

Van Pelt, F. Peer support: Healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual. Saf. Health Care* 2008, *17*, 249–252.

Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J. y Gallagher, T. H. (2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in United States and Canada. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *33*(8), 467-476.

Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri P, Marx B, Schnurr P. The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). Washington, DC: US Department of Veteran Affairs, 2013 [citado 2017 diciembre 12]. Disponible en: www.ptsd.va.gov 27. Kroenke K, Spitzer.

Wijaya, M.A.; Mohamad, A.R.; Hafizzurachman, M. Second victim support program and patient safety culture: A quasi experimental study in Bali International Medical Centre (BIMC) Hospital. *Bali Med. J.* 2018, *7*, 220–226.

World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety, version 1.1. Geneva: WHO; 2009.

Wu AW. Medical error: the second victim. *Br Med J* 2000;**320**:726–7

Wu, A.W.; Connors, C.; Everly, G.S., Jr. COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. *Ann. Intern Med.* **2020**, *172*, 822–823.

Anexos

Anexo 1. Programa de apoyo a segundas víctimas: Cuidado de la imperfección humana

Ámbito de aplicación y destinatarios del programa

El programa va dirigido a todo el personal sanitario del hospital que requiera nuestros servicios, dividiéndose en 2 fases: una de Psicoeducación (destinada a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, alumnos, administrativas de atención al paciente, dirección...) y otra de detección e intervención con segundas víctimas.

Recursos materiales y humanos

Será necesario el auditorio del Hospital destinatario del programa “Cuidado de la imperfección humana” los días en los que se hagan las sesiones informativas en el horario previsto, además de un proyector para visualizar la presentación que acompañará las sesiones. No obstante, previamente, se habrá requerido la impresión de los folletos que serán colocados por las instalaciones del hospital y la difusión vía mail a todo el personal para la divulgación de las jornadas formativas que tendrán lugar en el auditorio y que conformarán la primera etapa del programa.

Todo ello será llevado a cabo por la persona referente del Departamento de Psicología de la Universidad Internacional de Cataluña y de la Clínica Universitaria de Psicología y Psiquiatría Support, quien impartirá también las sesiones y dirigirá el programa.

Para aquellas segundas víctimas que requieran de intervención individual, se solicitarán despachos del área de salud mental, a fin de que puedan disponer de un espacio privado e íntimo en el que trabajar.

Desarrollo del programa

Etapa I: Intervención psicoeducativa

En la primera etapa del programa, se impartirán 3 sesiones formativas de 60 minutos en las que se explicará el término de segunda víctima, la prevalencia de EA en el ámbito

hospitalario y ambulatorio, las consecuencias en el personal sanitario tras un EA, el apoyo entre iguales, la resiliencia y cómo promover la autopercepción de personal sanitario como fuente de ayuda segura y no de error. El objetivo de estas sesiones es que el personal del hospital se familiarice con los conceptos y aprendan que pueden equivocarse, intentando transmitir la importancia de la salud mental y el efecto que puede tener sobre ésta y el desempeño de su trabajo un efecto adverso.

Para asegurar la mayor asistencia posible a las sesiones, se repartirán y colgarán diversos folletos informativos por las instalaciones del hospital (cafetería, pasillos, centros de control de enfermería, despachos...) y se enviará un mail al correo electrónico interno del personal, de manera que todos queden enterados de ello. Asimismo, en dicha propaganda se especificarán los temas a tratar durante las sesiones y se escribirá una página web a la que se dirigirán para inscribirse a la sesión, dando la posibilidad de poder venir a solo algunas de las sesiones. Esta inscripción será útil para registrar los asistentes y controlar el aforo del auditorio del hospital; no obstante, atendiendo a la situación sanitaria debido al Covid-19, también se dará la opción de que puedan conectarse vía Meet. En esta misma página web deberán responder las siguientes preguntas de elaboración propia a partir de las preguntas propuestas por el grupo de investigación español liderado por José Joaquín Mira en su página web sobre segundas víctimas (<http://www.segundasvictimas.es>), que quedarán registradas de forma anónima:

1. ¿Conoces el significado del término de segunda víctima? R: Sí-No
2. ¿Qué entiendes como evento o efecto adverso (EA)? R múltiple: incidente o complicación involuntaria, cuasi-accidente, resultado clínico inesperado
3. ¿Quién estaría (o podría estar) involucrado en un EA? R múltiple: Médicos-Enfermería-Equipo en general
4. ¿Alguna vez has estado implicado en un EA? R: Sí-No

5. ¿Conoces la manera recomendable de proceder ante un EA? R: Sí-No
6. ¿Qué harías si un compañero se ve envuelto en un EA? R múltiple: Decirle que se tranquilice y que no pasa nada / Validar sus emociones / Juzgarle o criticarle por lo que quizá hizo mal / Estar en silencio y escucharle (sin intervenir) si quiere expresarse y desahogarse / Hacer como que no ha pasado nada
7. ¿Quieres saber más sobre las segundas víctimas y los eventos adversos? R: Sí-No
8. Si estuvieras implicado en un EA, ¿pedirías ayuda? R: Sí-No
9. ¿Cómo crees que podrían o podríamos ayudarte tras un EA? R libre

Las respuestas a estas preguntas serán utilizadas para evaluar la efectividad de las sesiones informativas del programa (se harán de nuevo al terminar), de esta forma se sabrá desde dónde partimos, mostrando cual es el grado de conocimiento del personal del hospital en el que se imparta “Cuidado de la imperfección humana” sobre segundas víctimas y efectos adversos.

Primeramente presentaremos el programa y su planificación, recalando que todo lo que se diga en las sesiones será anónimo y que partiremos de la base de que nadie es perfecto y todos podemos cometer errores. Por tanto, hablaremos de la resiliencia -conocida como la capacidad del ser humano de enfrentarse a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e, incluso, ser transformados por ellas (Grotberg, 1995)- qué es un efecto adverso, el significado de primera, segunda, tercera y cuarta víctima, mencionando, brevemente, las consecuencias sobre ellas.

En la segunda sesión se comenzará haciendo una síntesis de lo tratado en la anterior y profundizaremos más acerca de la reacción aguda natural y normal de las primeras 24-72 horas (como en la primera etapa de duelo) y las consecuencias psico-emocionales que puede experimentar la segunda víctima más adelante, así como las complicaciones que pueden desarrollarse si no son abordadas (síntomatología de estrés postraumático, pérdida de confianza

en sus habilidades profesionales, errores adicionales, baja laboral de largo período...). Se transmitirá también la importancia del apoyo de los compañeros y las posibilidades que se ofrecen con la implementación de nuestro programa en el hospital, además de la importancia de las habilidades comunicativas que deben tenerse cuando ocurre un EA, es decir, que se abordarán las estrategias que se recomiendan para dar una mala noticia o para transmitir aquella información que altera las expectativas de futuro y supone un punto de inflexión vital para el receptor de las mismas (Pacheco, Garrosa, López y Robles, 2012), a través del protocolo SPIKES o (EPICE en español) (Baile et al., 2000):

- S. Sitio o espacio de la entrevista: privacidad y preparación personal
- P. Percepción: Explorar el conocimiento de cada paciente
- I. Invitación a la información: Exploración del deseo de recibir información
- K. Conocimiento: Compartir la información, comunicar
- E. Empatía: Exploración y acogida de sentimientos, responder a las reacciones del paciente
- S. Estrategia, planificación y seguimiento del plan terapéutico

El tercer día se hará un recogido de todo lo trabajado en las dos sesiones anteriores y se explicará, de manera más detallada, que nuestro programa conllevará un mail interno que preservará la confidencialidad y al que todo afectado o implicado podrá escribir ante cualquier tipo de EA para un apoyo psicológico individualizado (desglosado en el siguiente apartado). Además, se dejará espacio para intervenciones y/o preguntas de los asistentes tanto presenciales como los que estén conectados de forma telemática, y, antes de finalizar, responderán a las preguntas que se les plantearon anteriormente, cuando hicieron la inscripción, en la página web.

Tabla 5. Etapa I del programa.

Sesión	Objetivo	Descripción
I	Presentación del programa y del término segunda víctima	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar de dónde partimos - Presentación del programa - Introducción al efecto adverso y a las 1as, 2as, 3as y 4as víctimas
II	Identificar la normalidad y la necesidad de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> - Resumen de la anterior sesión - Reacción normal vs necesidad de ayuda - Consecuencias de un EA en las 2as víctimas - Importancia del apoyo entre iguales - “Tus actos no te definen” - Introducción al programa - Protocolo
III	Psicoeducación: ¿Qué podemos hacer ante un EA?	<ul style="list-style-type: none"> - Resumen de sesiones anteriores - Cómo apoyar y acompañar, como compañeros, a las 2as víctimas - Describir las características del programa y las posibilidades que se ofrecen: terapia individual, posibles trámites, supervisión del EA e información a las familias, etc.

Con este planteamiento, la primera etapa del programa tiene como objetivo la sensibilización al conjunto de los profesionales del hospital sobre el fenómeno de segundas víctimas y reflejar -de una forma aproximada- cómo se encuentra el hospital en este momento a través de las preguntas que se formulan en la página web de la inscripción y que deben responder antes y después de las sesiones. De esta manera, directivos y coordinadores, además del personal sanitario, pueden tomar consciencia de la situación desde la que se parte y los

beneficios que puede llegar a tener la implementación del programa en el hospital, además de la importancia del apoyo entre iguales.

Etapa II: Detección e intervención de segundas víctimas

Una vez todos los participantes a las sesiones sean conocedores del fenómeno de segunda víctima e informados de la ayuda o apoyo que podemos brindar desde el programa Cuidado de la imperfección humana, se transmitirá un mail privado en el que podrán ponerse en contacto ante cualquier efecto adverso para la valoración del hecho y si requirieran de ayuda psicológica.

Cuando se de aviso de un EA, la persona referente del programa se pondrá en contacto con el emisor del correo a la mayor brevedad posible -en un máximo de 24/48 horas- para acordar con él una cita, en la que, como en todas las visitas que se hagan, se mantendrá una escucha activa y una actitud empática generando un clima de confianza y confidencialidad, haciendo validación emocional y una invitación a que hable con un igual, asegurándose de que los compañeros/as no son críticos con él y conocen cómo poder darle apoyo, y valorando si se siente preparado para seguir trabajando, etc. Además, será necesario que describa, en la medida de lo posible, los hechos del EA y los implicados en este (destacando que no está delatando a nadie, sino que para ayudar tanto a la primera como a la segunda víctima, necesitamos conocer, con la mayor objetividad, la intervención que se ha llevado a cabo y que ha causado un efecto adverso sobre el paciente).

Es importante transmitir que, cualquier omisión de información relevante o mentira acerca del EA puede ser perjudicial para el propio hecho en si y para sus implicados, por lo que debemos fomentar que tanto el paciente, el profesional y el equipo estén informados del proceso. Cabe destacar que es necesario transmitirle a la primera víctima una información franca (*open disclosure*) sobre lo sucedido, pese a que para los profesionales sanitarios y las organizaciones hospitalarias pueda ser complejo (Mira et al., 2017). Sin embargo, debemos

hacer partícipes a las segundas víctimas e implicados en el evento adverso desde una perspectiva de empoderamiento y de demostrar que tienen un papel clave en hacer que el proceso sea lo más llevadero posible, ya que de esta forma les haremos sentirse útiles y que forman parte de la solución; gestionando los riesgos de otro posible EA, aprendiendo de la experiencia y mejorando sus capacidades para ocasiones posteriores. Además, se debe recordar la sintomatología natural de la reacción aguda tras el evento adverso como son la ansiedad, el miedo, la inseguridad en el trabajo, etc. para tratar de normalizar lo que sienten en el momento.

Así pues, se comenzará con la valoración del EA, el análisis de los implicados en este y la evaluación de las segundas víctimas correspondientes (ya que ante un mismo hecho no todos requerirán de intervenciones especializadas) preguntando adecuadamente sobre la situación para que se aclare, enfocando el proceso hacia los elementos más importantes, conociendo los sentimientos que hay detrás de cada una de las partes y acercándose a la verdad de los hechos siendo conscientes de las posibles dificultades que pueden encontrarse.

Para la valoración de la segunda víctima, además de una entrevista individual donde se profundizará acerca del evento adverso, se llevará a cabo la pasación del cuestionario SVEST-E (The Second Victim Experience and Support Tool adaptado al español) (Santana-Domínguez et al., 2020), cuestionario que evalúa la vivencia de la segunda víctima y los recursos de soporte percibidos en un total de 36 ítems subdivididos en: 25 ítems que consideran siete dimensiones (Sufrimiento psicológico, Sufrimiento físico, Apoyo de los compañeros de trabajo, Apoyo del supervisor, Apoyo institucional, Apoyo no relacionado con el trabajo y Autoeficacia personal) y 4 ítems que valoran dos variables resultado (Intención de cambio y Absentismo) con un sistema de respuesta tipo Likert con 5 posibles respuestas que van de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”). Las puntuaciones más altas están relacionadas con una mayor experiencia y sentimiento de segunda víctima. Asimismo, el SVEST-E también presenta 7 ítems que forman la sección de formas de apoyo

deseadas puntuadas con una escala tipo Likert de 1 (“fuertemente no deseada”) y 5 (“deseo fuerte”).

Para abordar la clínica que presenta la segunda víctima, y tras haber llevado a cabo una evaluación de esta en la primera entrevista, se establecerán los objetivos terapéuticos y el plan de intervención a trabajar en las próximas 3 sesiones individuales.

Será necesario hacer una valoración de si presenta las capacidades suficientes para continuar trabajando o, si por el contrario, debe acogerse a la baja laboral. En las sesiones individuales se hará una reevaluación de la situación, se reconstruirá paso a paso el evento adverso, haciendo un manejo de la esfera emocional y la aceptación del suceso. La intervención, pues, estará basada en el trabajo de la memoria traumática y las preocupaciones, el perdón y el autoperdón de los profesionales de la salud y malestar que pueda generar la sintomatología de la segunda víctima que seguramente haya tenido repercusión en su esfera personal, laboral, familiar y social.

Una vez la segunda víctima se encuentre más estabilizada tras estos 3 encuentros de forma individual se dará de alta, aunque con la opción de poder volver a ponerse en contacto con la persona referente del programa en caso de recaída. No obstante, si tras este número de sesiones no se aprecia mejoría o no se han conseguido los objetivos propuestos en la intervención, se hará una prolongación de la misma a 5 sesiones más.

Cuando se finalizan los plazos y las sesiones acordadas, se pueden dar 3 situaciones diferentes: Abandono o traslado de unidad o centro debido a los sentimientos de incompetencia que se generarían, supervivencia con afrontamiento de lo ocurrido y pese a la persistencia de pensamientos intrusivos y tristeza se intenta aprender del evento y ser resiliente, o la superación con la consecución de un equilibrio entre la vida personal y profesional con una visión de gran perspectiva del evento adverso (Scott et al., 2009)

Anexo 2: Formulario de elaboración propia, fase I del programa

1. ¿Conoces el significado del término de segunda víctima? R: Sí-No
2. ¿Qué entiendes como evento o efecto adverso (EA)? R múltiple: incidente o complicación involuntaria, cuasi-accidente, resultado clínico inesperado
3. ¿Quién estaría (o podría estar) involucrado en un EA? R múltiple: Médicos-Enfermería-Equipo en general
4. ¿Alguna vez has estado implicado en un EA? R: Sí-No
5. ¿Conoces la manera recomendable de proceder ante un EA?: R: Sí-No
6. ¿Qué harías si un compañero se ve envuelto en un EA? R múltiple: Decirle que se tranquilice y que no pasa nada / Validar sus emociones / Juzgarle o criticarle por lo que quizá hizo mal / Estar en silencio y escucharle (sin intervenir) si quiere expresarse y desahogarse / Hacer como que no ha pasado nada
7. ¿Quieres saber más sobre las segundas víctimas y los eventos adversos? R: Sí-No
8. Si estuvieras implicado en un EA, ¿pedirías ayuda? R: Sí-No
9. ¿Cómo crees que podrían o podríamos ayudarte tras un EA? R libre

Anexo 3: Cuestionario sobre la experiencia de las segundas víctimas y medios de apoyo

(SVEST-E) (Santana-Domínguez et al., 2020)

A continuación encontrará 36 afirmaciones. Lea cada una de ellas y después seleccione la respuesta que mejor describa en qué grado se encuentra.

Para responder en las dimensiones 1-7 y en las 2 variables resultado debe tener en cuenta que:

- 1- Totalmente en desacuerdo
- 2- En desacuerdo
- 3- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- 4- De acuerdo
- 5- Totalmente de acuerdo

Para responder las formas de apoyo deseadas del final de la última sección de la escala debe tener en cuenta que:

- 1- No deseado
- 2- Poco deseado
- 3- Ni deseado ni no deseado
- 4- Deseado
- 5- Muy deseado

Tabla 6. Cuestionario sobre la experiencia de las segundas víctimas (SVEST-E)

Dimensión 1. Sufrimiento psicológico					
1.1.He experimentado vergüenza por estos casos	1	2	3	4	5
1.2.Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros	1	2	3	4	5
1.3.Mis experiencias me han hecho sentir triste	1	2	3	4	5
1.4.Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este tipo de eventos en el pasado	1	2	3	4	5
Dimensión 2. Sufrimiento físico					
2.1. La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora	1	2	3	4	5

2.2. Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño	1	2	3	4	5
2.3. El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos	1	2	3	4	5
2.4. Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito	1	2	3	4	5

Dimensión 3. Apoyo de los compañeros de trabajo

3.1. Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado	1	2	3	4	5
3.2. Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio*	1	2	3	4	5
3.3. Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí	1	2	3	4	5
3.4. Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional de la salud a pesar de los errores*	1	2	3	4	5

Dimensión 4. Apoyo del supervisor

4.1. Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos*	1	2	3	4	5
4.2. Las respuestas de mi supervisor son justas*	1	2	3	4	5
4.3. Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos	1	2	3	4	5
4.4. Siento que, al evaluar estas situaciones mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente*	1	2	3	4	5

Dimensión 5. Apoyo institucional

5.1. Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver	1	2	3	4	5
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios*

5.2. Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos*

1 2 3 4 5

5.3. El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución

1 2 3 4 5

Dimensión 6. Apoyo no relacionado con el trabajo

6.1. Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones*

1 2 3 4 5

6.2. El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos*

1 2 3 4 5

Dimensión 7. Autoeficacia profesional

7.1. Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia con relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes

1 2 3 4 5

7.2. La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario

1 2 3 4 5

7.3. Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo

1 2 3 4 5

7.4. Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales*

1 2 3 4 5

Variable resultado 1. Intención de cambio de trabajo

8.1. Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente

1 2 3 4 5

8.2. A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo	1	2	3	4	5
---------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

Variable resultado 2. Absentismo					
----------------------------------	--	--	--	--	--

9.1. La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme	1	2	3	4	5
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

9.2. Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos	1	2	3	4	5
-----------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

Formas de apoyo deseadas					
--------------------------	--	--	--	--	--

10.1. La posibilidad de irme de mi unidad durante un corto período de tiempo	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

10.2. Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos	1	2	3	4	5
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

10.3. Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

10.4. Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo	1	2	3	4	5
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

10.5. Una conversación con mi superior o supervisor sobre le incidente	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

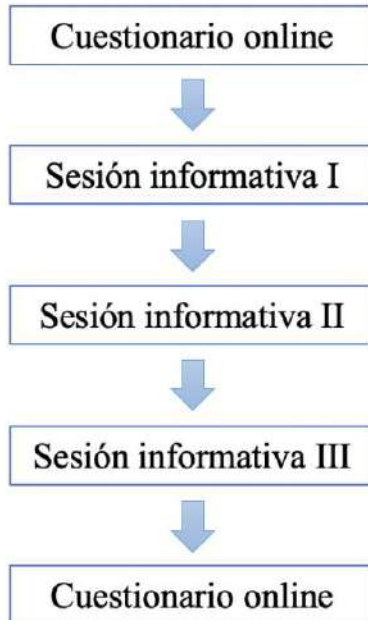
10.6. La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi hospital para comentar el evento	1	2	3	4	5
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

10.7. Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome	1	2	3	4	5
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

Anexo 4: Cronograma de la aplicación del programa Cuidado de la Imperfección

Humana

Fase I: Intervención psicoeducativa



Fase II: Intervención individual

