

Respuesta de los autores

Authors' response

Esther Mahuina Campos-Castolo,* Elisa Yazmín Jiménez-Flores,*
Alejandro Alayola-Sansores*

* Departamento de
Informática Biomédica.
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional
Autónoma de México.

Correspondencia:
EMCC, dibfm@unam.mx

Conflicto de intereses:
Los autores declaran
que no tienen.

Citar como: Campos-
Castolo EM, Jiménez-
Flores EY, Alayola-
Sansores A. *Respuesta
de los autores.* Rev
CONAMED 2018;
23(3): 154-155.

Recibido: 06/08/2018.
Aceptado: 13/08/2018.

Apreciado Editor:

En relación con la carta publicada por Pérez Castro y Vázquez, me permito hacer los siguientes comentarios:

El término «víctima» puede tener acepciones diversas y que pueden generar ciertas reacciones, especialmente en países como el nuestro, que cuenta con una legislación específica para la atención de víctimas. Sin duda puede tener las connotaciones legales y éticas desfavorables, sin embargo, a falta de un término alternativo, en el contexto específico sobre seguridad del paciente y sustentado en la amplia investigación desarrollada por Mira y colaboradores, se ha aceptado el concepto de *segunda víctima* para *todo profesional de salud que se ha visto involucrado en un evento adverso con diferentes consecuencias físicas y psicológicas*.¹

En un contexto relacionado, en 1993 se describió el «síndrome clínico judicial», como las «alteraciones físicas, psíquicas y morales que se pueden producir» y que «modifican el estado de salud de un individuo que se ve sometido a una situación procesal desde un inicio (citación, demanda), durante sus distintas etapas (conciliación, mediación, juicio, sentencia) y/o después de haber concluido».²

Las situaciones en las que se produce afectación a un paciente, con o sin responsabilidad médica y en ausencia o presencia de una demanda judicial, son un tema de mejora tanto de la calidad de la atención a los pacientes como de la calidad de vida relacionada al trabajo de los profesionales de la salud.³

Los consecuencias que enfrentan los profesionales identificados como segundas víctimas del evento adverso incluyen «depresión, ira, cansancio, deseo de cambiar de servicio para evitar errores futuros, situaciones legales, ausentismo laboral, insomnio, estrés, temblores», entre otras. Estas alteraciones presentan un espectro de afectación progresivo y se han catalogado en seis fases, descritas en conjunto como *síndrome postdemanda legal*.⁴

Se estima que en Estados Unidos, la probabilidad de que un médico a los 65 años haya recibido una queja por mala práctica fluctúa desde 75% en especialidades de bajo riesgo, hasta 99% en las de alto riesgo,⁵ por lo que la preparación de los profesionales de la salud para desarrollar resiliencia ante estas situaciones, es una necesidad creciente, que posiblemente deberá abordarse desde la formación de pregrado y postgrado.

Se ha demostrado que una cultura organizacional punitiva donde los profesionales de la salud se autoperciben como sujetos aislados y poco valorados, genera despersonalización,

agotamiento emocional (*Burnout*) y disminuye la calidad de la atención proporcionada al paciente. En el otro extremo, en las organizaciones que han desarrollado una Cultura de Seguridad del Paciente y muestran compromiso, aprecio y empatía hacia su personal, tienen mejor salud, mejor ánimo y la calidad del trabajo es mucho mayor.³

El registro no punitivo de los eventos adversos, aunado a la evaluación de los factores que los originan, que deriven en la implementación de protocolos de acción que permitan la reparación del daño a los pacientes afectados, el apoyo de la Dirección a los profesionales afectados, la enseñanza de métodos de manejo del estrés, la creación de redes de apoyo ante la inseguridad profesional, la formación en afrontamiento de errores y el apoyo legal, dotan al profesional de salud de las herramientas para lograr no sólo el adecuado afrontamiento de los eventos adversos, sino que además aumenta el sentimiento de control y la satisfacción laboral, lo cual redundará en mejores prácticas.^{4,6}

Consideramos que el tema tiene un extenso campo de investigación donde se pueden proponer nomenclaturas alternativas a «segundas víctimas», con términos sin las implicaciones psicosociales, filosóficas e incluso potencialmente legales.

La profundización de la investigación enfocada en los aspectos psicológicos (como el que proponemos en esta investigación) y organizacionales que pueden ser grandes predictores sobre la incidencia de los eventos adversos, tiene el claro potencial de ser un factor crítico para su prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. Segundas y terceras víctimas. Proyecto de investigación. [Internet] España (2016) [Acceso 30 julio de 2018]. Disponible en: <http://www.segundasmvictimas.es/>
2. Martínez RA, Chávez RS, Ortega LE. Síndrome de postdemanda judicial. Rev CONAMED. 2016; 21 (1): 21-24.
3. Rodríguez MJ. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. Rev Calidad Asistencial. 2010; 25 (6): 318-320. doi: 10.1016/j.cali.2010.09.002
4. Pérez C, Vázquez JA. Acerca del "síndrome de postdemanda judicial". Rev CONAMED. 2016; 21 (2): 104.
5. Hospital Juárez de México, Blog Oficial. Segundas víctimas en seguridad del paciente, el personal de salud. [Internet] México. (2017). [Acceso 30 Julio de 2018]. Disponible en <http://hospitaljuarezdemexico.blogspot.com/2017/06/segundas-victimas-en-seguridad-del.html>
6. López-Araújo B, Osca-Segovia A, Rodríguez Muñoz MF. Estrés de rol, implicación con el trabajo y Burnout. Rev Latinoam Psicol. 2008; 40 (2): 293-304.