

---

## Tesis doctoral

*Modulation of the inflammatory response using a guided bone regeneration membrane with dual drug delivery capacity*

***Marta Vizcaíno Rakosnik***

---



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

Esta tesis doctoral está sujeta 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 doctoral thesis 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/)

# EL MÉDICO COMO SEGUNDA VÍCTIMA EN LOS CASOS DE RECLAMACIÓN POR PRESUNTA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL POR MALAPRAXIS

TESIS DOCTORAL

Marta Vizcaíno Rakosnik



DIRECTORES

Dr. Josep Arimany Manso

Dra. Esperanza Luisa Gómez-Durán

**UIC**  
barcelona

Universitat Internacional de Catalunya, 2021



UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA

FACULTAT DE MEDICINA

Programa de Doctorado: Ciencias de la Salud  
Línea de investigación: Neurociencias



TESIS DOCTORAL

# **EI MÉDICO COMO SEGUNDA VÍCTIMA EN LOS CASOS DE RECLAMACIÓN PROFESIONAL POR MALAPRAXIS**

Doctoranda:

**Marta Vizcaíno Rakosnik**

Directores:

**Dr. Josep Arimany Manso**  
**Dra. Esperanza Luisa Gómez – Durán**

Barcelona, 2021





Al Dr. Josep Arimany – Manso por creer en mí desde el primer momento y ofrecerme este proyecto tan apasionante. Su experiencia profesional en este ámbito me ha ayudado a poder realizar esta tesis doctoral. Gracias por compartir conmigo su conocimiento y empujarme a mejorar.

A la Dra. Gómez – Durán por apoyarme, animarme, orientarme y darme consejos en cualquier momento del día, sin ella no hubiese sido posible realizar esta tesis doctoral. He aprendido mucho a su lado, tanto a nivel profesional como personal. Gracias por ser la persona que pensó en mí para incorporarme en este proyecto del que no tenía conocimiento alguno y por contar siempre conmigo en todos los proyectos. Nunca olvidaré todo lo que ha hecho por mí, las horas compartidas, su cariño, su gran capacidad de resolución y su infinita ayuda en todo. He aprendido inmensamente de ella y es para mí un gran referente en todo.

A la Junta de Gobierno del Col.legi de Metges de Barcelona, presidida por el Dr. Jaume Padrós i Selma, por apoyar esta investigación y a todos los miembros que forman parte del departamento de Responsabilidad Profesional médica.

A todos los profesionales del que de forma desinteresada han participado en mi muestra y que sin lugar a dudas han sido las piezas fundamentales para poder desarrollar esta tesis doctoral.

A mis padres, por enseñarme a ser la persona que soy y por sentirme muy orgullosa de ellos. A los constantes momentos de apoyo incondicional, ánimos, cuidados, comprensión y cariño en este proyecto. Sin vosotros este proyecto no hubiese podido salir adelante.

A mis hermanos y sobrinos por alegrarme los días, me habéis facilitado mucho este proceso y habéis sido mi válvula de escape en este tiempo.

A mis amigos por estar a mi lado, apoyándome, escuchándome, mostrando interés y aceptando mis ausencias.



El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malpraxis.

---



# ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT .....	13
2. INTRODUCCIÓN .....	17
2.1. La responsabilidad profesional médica .....	17
2.2. La seguridad del paciente .....	21
2.3. Primera, segunda y tercera víctima .....	27
2.4. La segunda víctima .....	31
2.4.1 Epidemiología .....	31
2.4.2. Fases .....	32
2.4.3 Sintomatología .....	35
2.4.4. Cuadros psiquiátricos .....	45
2.4.5. Consecuencias laborales .....	45
2.5. El síndrome clínico judicial .....	52
2.5.1 Contexto .....	52
2.5.2 Concepto .....	54
2.5.3. Manifestaciones .....	57
2.5.4 Proceso judicial .....	61
2.5.5 Tratamiento y prevención .....	64
2.6. Medicina defensiva .....	66
2.7. Estrategias de apoyo y afrontamiento .....	69
3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS .....	85
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....	89
4.1. Hipótesis .....	89
4.2. Objetivos .....	89
5. METODOLOGÍA .....	93
5.1. Contexto .....	93
5.2. Población objeto de estudio .....	93
5.3. Participantes .....	93
5.4. Instrumento .....	94





5.5. Proceso de recogida de la información.....	96
5.6. Análisis estadístico.....	96
5.7. Aspectos médico – legales.....	97
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>101</b>
6.1. Análisis de la submuestra de 298 facultativos con expedientes cerrados durante los años 2015 y 2016.....	102
6.2. Análisis de la submuestra de 282 facultativos encuestados en 2017 que tenían procedimientos cerrados o abiertos en 2016.....	130
<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>155</b>
<b>8. LIMITACIONES.....</b>	<b>171</b>
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>175</b>
<b>10. ANEXOS (PUBLICACIONES REALIZADAS).....</b>	<b>179</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>185</b>



El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malapaxis.

---



El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malapaxis.

---





# RESUMEN





## 1. RESUMEN/ABSTRACT

La primera y principal víctima de un evento adverso en la asistencia es el paciente y su entorno, sin embargo, la psicología reconoce el sufrimiento de la segunda víctima. Si dicho evento adverso se sigue de una reclamación por presunta responsabilidad médica, el sufrimiento del facultativo resulta innegable. La reclamación tiene un efecto traumático en el profesional, independientemente de si existió o no defecto de praxis. A nivel psíquico se ha descrito la aparición del “Síndrome Clínico Judicial” con síntomas tanto psicológicos como físicos. Este malestar psíquico tiene un impacto potencial en el bienestar del facultativo, pero también en su praxis, contribuyendo a fenómenos como la medicina defensiva. Sin embargo, el impacto del malestar psíquico producido por la reclamación en la praxis de los facultativos ha sido escasamente explorado a nivel empírico.

Mediante un estudio de encuesta a facultativos reclamados, esta tesis estudia los síntomas que padecen los facultativos que se enfrentan a una reclamación por presunta responsabilidad médica en nuestro entorno, las diferencias según el tipo de procedimiento, la concurrencia o no de responsabilidad y el carácter reciente o pasado del expediente y explora los cambios en la praxis ocurridos tras esta experiencia vital.

Se analizaron las respuestas de 739 colegiados que tuvieron al menos una reclamación tramitada en el Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio de Médicos de Barcelona, cerrada durante los años 2015 o 2016 o abierta durante el año 2016.

Se realizó un análisis estratificado por tandas de encuesta, arrojando unas tasas de impacto psicológico del 56,4% al 58,4% de los encuestados. El clúster de emociones y síntomas más prevalente quedó conformado por preocupación, decepción, frustración, indignación, reexperimentación, ansiedad y desconfianza. De forma alarmante, 5 profesionales llegaron a reconocer ideación suicida. Los facultativos identificaron afectación de la esfera personal y familiar en porcentajes de entre el 20% y el 25%. Entre el 46,5% y el 47,7% de los encuestados identificaron cambios en su praxis clínica tras la reclamación. Los procedimientos de tipo penal se asociaron significativamente a un mayor impacto psicológico, no así el resultado final del expediente. La identificación de un impacto psíquico tras la reclamación y un mayor número de síntomas, mostraron una asociación estadísticamente significativa con un mayor impacto en la vida personal, familiar y social de los facultativos, así como con mayores tasas de cambios en la praxis.

Finalmente, los resultados de esta tesis se discuten a la luz de la bibliografía previa.



The first and main victim of an adverse event in healthcare is the patient and his environment; however, the psychology recognizes the suffering of the second victim. If this adverse event is followed by a claim for alleged medical liability, the physician's suffering is undeniable. The claim has a traumatic effect on the professional, regardless of the existence of a practice defect. At a psychological level, the appearance of the "Clinical Judicial Syndrome" has been described with both physical and psychological symptoms. This mental unease has a potential impact on the well-being of the physician as well as on his practice, contributing to phenomena such as defensive medicine. Nevertheless, this mental distress impact produced by the claim on the physicians' practice has been scarcely explored at the empirical level.

Through a survey study of claimed physicians, this thesis studies the symptoms that these professionals suffer when they are facing a claiming process for alleged medical liability in our environment, the differences depending on the type of the procedure, the concurrence or the lack of liability and the present or past nature of the claim and explores the changes in practice that occurred after this life experience.

The responses of 739 members who had at least one claim processed in the Professional Responsibility Service of the Barcelona College of Physicians, closed during 2015 or 2016 or opened during 2016, were analysed.

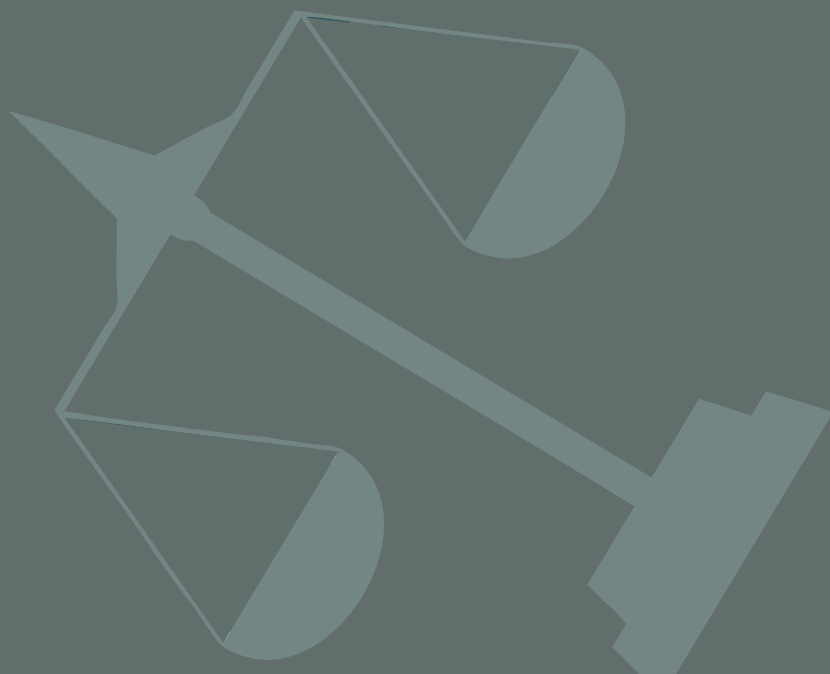
A stratified analysis was carried out by survey rounds, providing psychological impact rates from 56,4% to 58,4% of the participants. The most prevalent cluster of emotions and symptoms were shaped by concern, disappointment, frustration, indignation, reexperiencing, anxiety and mistrust. Alarmingly, 5 professionals came to recognize suicidal ideation. The physicians identified affectation on their personal and family spheres in percentages between 20% and 25%. Between 46,5% and 47,7% of the participants identified changes in their clinical practice after the claim. Criminal procedures are significantly associated with a higher psychological impact after the claim and with a greater number of symptoms, showing a statistically significant association with a higher impact on the personal, family and social life of the physicians, as well as greater rates of changes in practice.

Finally, the results of this thesis are discussed in the light of the previous bibliography.





# INTRODUCCIÓN







## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. La responsabilidad profesional médica

El término jurídico “responsabilidad” tiene el origen del vocablo latino “responder” que hace referencia a la obligación de responder de alguna cosa o por alguna persona. La responsabilidad profesional médica se entiende como la obligación de subsanar y satisfacer las consecuencias de los actos, errores u omisiones voluntarios e involuntarios, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de la profesión (Carrillo, 2005).

La responsabilidad profesional tiene su origen legislativo en el Código de Hammurabi, siendo por tanto en el siglo XVIII AC (Corbella y Corbella, 1995).

Ante un evento adverso en la asistencia, ante un mal resultado o incluso ante su insatisfacción con la asistencia recibida, los pacientes o, en caso de fallecimiento, sus familiares pueden interponer una reclamación extrajudicial o iniciar un procedimiento judicial por presunta responsabilidad profesional contra los profesionales sanitarios o las instituciones sanitarias que los han atendido.

Así, al médico, en el ejercicio de su profesión, puede exigírsele responsabilidad de distinta naturaleza, entendiéndose por responsabilidad profesional médica la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores, voluntarios e incluso involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión (Gisbert Calabuig, 2004).

Para que pueda hablarse de responsabilidad médica, deben concurrir ciertas premisas que deberán ser demostradas (Pujol - Robinat et al., 2013):

- a) obligación preexistente.
- b) falta médica.
- c) perjuicio ocasionado.
- d) relación de causalidad.

Por lo tanto, la valoración de la responsabilidad profesional del médico parte de una adecuada conceptualización de la práctica médica correcta, que es el concepto jurídico de *lex artis*, o de *normopraxis* (lo que la doctrina anglosajona denomina *standard of care*, como sinónimo de técnica correcta), para poder determinar la concurrencia del elemento de falta médica.



La lexartis se entiende como el conjunto de reglas y preceptos para hacer bien las cosas (García, 1995) y en medicina, el conjunto de prácticas médicas que se aceptan como adecuadas para el tratamiento del enfermo (Vazquez 2010). Este concepto varía en función del conocimiento científico y del momento social, y se encuentra en continua modificación por parte de la propia medicina y sus avances. Es obligación de la medicina y no del derecho definir en cada momento los criterios científicos generales de actuación de “buenas prácticas”.

Además, más allá de la valoración de la lexartis, debe valorarse la lexartis ad hoc que corresponde no solo a criterios de actuación universales sino a los aspectos particulares del caso, los que pueden y deben considerarse correctos para un paciente y una situación concreta. Este concepto llama a la necesaria individualización de los casos como criterio de actuación en determinadas circunstancias concretas (Hernández, 2008).

Para el análisis de la normopraxis médica atenderemos a criterios como la atención, diligencia, pericia y prudencia, así como la correcta complementación de los parámetros sanitarios y médico-legales. Así, los juristas definen una intervención médica como correcta si está médicamente indicada, si se ha realizado de acuerdo a la lexartis y si se ha informado correcta y específicamente al paciente, información que se formaliza mediante el documento de consentimiento informado (DCI) (Álvarez, 2012 y Corbella, 1991).

Cuando el ejercicio de la medicina no se ajusta a la lexartis, hablamos de “malpraxis” que significa mala práctica (malpractice). Se ha descrito que, en términos generales, responsabilidad profesional se origina por dos tipos de conducta constitutivas de defecto de praxis (Aguirre et al., 2010):

- Por omisión de la práctica médica requerida para evitar o prevenir un daño.
- Por comisión, al haber realizado una práctica médica diferente a la requerida y siendo ésta la necesaria.

Se han descrito diferentes elementos que constituyen responsabilidad profesional (Fajardo et al., 2012):

- Cuando había la obligación de realizar una conducta y se actuó de forma diferente.
- Cuando se omitió realizar una conducta que obligatoriamente se debía realizar.
- Cuando no se acreditan los conocimientos y las habilidades requeridas.
- Por falta de previsión de los resultados.
- Por falta de precaución.



Por último, para determinar las consecuencias legales de un hecho causado por un determinado acto médico es necesario delimitar la magnitud del daño ocasionado y la relación causa – efecto. El daño será relevante a nivel jurídico cuando sea consecuencia directa de una acción incorrecta o del incumplimiento de una obligación. Deberá cumplir con el necesario nexo causal, teniendo en cuenta el estado anterior o posibles concausas. Deberá comprobarse la realidad del daño, cuantificarse el mismo y establecer su relación causal con los hechos imputables al presunto autor.

Tal y como se ha mencionado, los pacientes o sus familiares podrán exigir responsabilidad profesional médica en las diferentes jurisdicciones. Se pueden distinguir diferentes clases de responsabilidad: deontológica -las normas de deontología recogidas en el Código de Deontología son de obligado cumplimiento para los médicos- y judicial.

En el ámbito judicial distinguimos entre la jurisdicción penal, civil y contencioso administrativa) (Mariñelarena, 2011):

- La responsabilidad civil: requiere necesariamente la existencia de un daño ya sea patrimonial o moral. Deberá existir una relación de causalidad entre la falta cometida y la lesión o muerte. Consecuentemente, habrá la obligación de compensar económicamente los daños ocasionados a la víctima.
- La responsabilidad penal: aparece cuando una persona, vulnerando las normas que rigen las conductas delictivas, incurre en forma dolosa o culposa (imprudencia grave o menos grave) en alguno de los ilícitos previstos por dichos ordenamientos. Cualquier médico puede verse imputado mediante una denuncia o querrela. Las sanciones variarán dependiendo del delito consumado, según sea doloso o culposo y además puede conllevar la inhabilitación durante un tiempo para el ejercicio de su profesión o incluso de forma definitiva en caso de reincidencia. También estarán obligados a reparar el daño. La reparación del daño supone la indemnización del daño integral del perjuicio causado y puede establecerse por sentencia en el mismo procedimiento penal, por economía procesal, o quedar para su determinación en un procedimiento civil.
- La responsabilidad contencioso – administrativa: surge tras haberse realizado una reclamación por responsabilidad patrimonial por parte de los interesados contra la administración, en relación a un daño derivado de la asistencia sanitaria por deficiente funcionamiento de la administración y por ende no se pone en duda la actuación específica del médico sino el de la administración sanitaria. La jurisdicción contencioso-administrativa conoce de las reclamaciones efectuadas por los ciudadanos o entidades frente a la Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas, de los Ayuntamientos y demás organismos públicos. En esta área de responsabilidad también se trata de una cuestión económica derivada del daño causado.



Al margen de las potenciales consecuencias para los facultativos, las diferentes jurisdicciones tienen características concretas respecto a la evaluación de la praxis, Por ejemplo, en el ámbito civil hay supuestos concretos en que se invierte la carga de la prueba y será el facultativo quien tenga que demostrar la ausencia de defecto de praxis.

En línea con todo lo descrito, serán los pacientes o sus familiares quienes decidirán interponer la reclamación, denuncia o demanda, escogiendo la vía, en su caso, con el asesoramiento de sus abogados.

A nivel internacional se ha descrito un incremento del número de reclamaciones por presunta responsabilidad profesional médica, que en países como Estados Unidos ha llegado a recibir la denominación de “malpractice crisis”. En nuestro entorno la situación se ha descrito como estabilizada y con un riesgo de reclamación inferior al de otros países, claramente inferior al de Estados Unidos, en relación con un contexto sanitario asistencial radicalmente diferente (Arimany - Manso et al., 2013). Sin embargo, el riesgo de reclamación existe y también el impacto sobre los facultativos y el ejercicio profesional, por lo que más adelante se abordarán fenómenos relacionados como la medicina defensiva.



## 2.2. La seguridad del paciente

Los inicios de los sistemas relacionados con la seguridad y la prevención de incidentes se sitúan en ámbitos ajenos al sanitario, como la aviación, la producción de energía nuclear, las plantas petroquímicas, la producción de acero, el ámbito militar y el transporte aéreo (Barach, 2000).

El interés por la calidad en el entorno asistencial se remonta a los años 60 y 70, centrándose en mejorar aspectos científico-técnicos. En las décadas de los años 80 y 90 ya pueden identificarse las primeras actuaciones con el objetivo de alcanzar un uso adecuado de los recursos asistenciales y mejorar la satisfacción de los pacientes (Muir, 1997).

En 1961 Shimmel realizó una investigación prospectiva en un hospital universitario norteamericano en que revisó la asistencia dispensada a 10.000 pacientes que padecieron complicaciones durante la misma. Los datos se publicaron en el año 1964 y evidenciaban que un 20% de los pacientes ingresados padecían alguna complicación médica como consecuencia de la asistencia recibida y no por la enfermedad de base, siendo un 4,7% de estos episodios graves o muy graves (Shimmel, 2003).

En 1981, Knight et al. apuntaban a que los errores asistenciales alcanzaban el 36% de las asistencias, siendo una cuarta parte de estos eventos adversos graves y la causa de error principalmente era la medicación (Aranaz et al., 2017).

Los resultados del Harvard Medical Practice Study realizado en los años 80, se publicaron en 1991 en el *New England Medical Journal*, y establecieron las bases para la identificación de los eventos adversos y su incidencia (Brennan, 1991). Brennan et al. realizaron un estudio aleatorio de revisión de más de 30.000 historias clínicas de 51 hospitales de Nueva York. Los resultados indicaron efectos adversos en el 3,7% de los casos, correspondiendo a 1.133 casos; en un 13,6% de ellos se produjo el fallecimiento del paciente, en un 2,6% se causaron discapacidades permanentes. Este estudio permitió disponer de datos estadísticos sobre las lesiones causadas por la asistencia sanitaria y sobre datos como específicos como el sexo y edad de los pacientes y por la especialidad de los médicos implicados en el evento adverso (Brennan et al., 1991).

En este contexto Sir Cyril Chantler publicó en su Editorial de 1998 en el *British Medical Journal* una frase que permanece como referente hasta la actualidad: "*Medicine used to be simple, ineffective, and relatively safe. It is now complex, effective, and potentially dangerous. The mystical authority of the doctor used to be essential for practice. Now we need to be open and work in partnership with our colleagues in health care and with our patients.*" (Chantler, 1998).



En Noviembre de 1999 el *Institute of Medicine* de Estados Unidos publicó el informe “To err is Human: Building a safer health system”. Esta publicación, que convirtió a la Dra. Linda Kohn en el referente reconocido a nivel mundial que es hoy, alertó de que la atención médica no está libre de riesgos y de que los profesionales sanitarios podían cometer errores y de que los errores médicos evitables provocaban más muertes que los accidentes de tráfico, el cáncer de mama y el SIDA juntos (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000). Indicaba que en Estados Unidos los errores médicos causaban entre 44.000 y 98.000 fallecimientos al año en pacientes hospitalizados, con más de 7.000 defunciones causadas por errores en la medicación. Muchos de estos errores se consideraban evitables (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000).

A partir de la publicación de “To err is Human: Building a safer health system” el concepto de seguridad del paciente cobró relevancia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “*la reducción de riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro*” (OMS, 2019).

En las últimas décadas han proliferado las iniciativas en seguridad del paciente destinadas a prevenir los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. De conformidad con la OMS, el incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que puede haber ocasionado u ocasiona un daño innecesario a un paciente (OMS, 2019). La propia OMS define diferentes conceptos relacionados con los incidentes de seguridad del paciente:

- La circunstancia notificable: una situación que tiene capacidad de provocar daños pero en la que no se produce ningún incidente.
- El cuasi-incidente que sería un incidente pero que no alcanza al paciente, como cuando sucede un error en la asistencia pero se detecta antes de que alcance al paciente.
- El incidente sin daños que se produce pero no le causa al paciente ningún daño detectable o relevante.
- Los incidentes con daños al paciente, también denominados eventos adversos, que al producirse determinan una alteración estructural o funcional del organismo (daño) y sus consecuencias (una incapacidad, una prolongación de la estancia o incluso la muerte).
- Los eventos centinela son incidentes de seguridad del paciente que destacan por su gravedad, ya que producen en el paciente la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas o han supuesto el riesgo de que estas se produjeran.



La frecuencia de eventos adversos y otros incidentes de seguridad del paciente, resulta variable entre estudios. En un estudio realizado por Gallagher en el año 2006 con una muestra de médicos canadienses y norteamericanos, un 55% reconoció haber cometido errores clínicos con consecuencias graves para sus pacientes (Gallagher et al., 2006). Hu et al. (2012) describieron que entre un 28% y un 57% de los médicos reconocen haber cometido un error clínico con consecuencias graves para uno o más pacientes y estos porcentajes aumentan hasta el 79% y 89% en los facultativos residentes (Hu et al., 2012).

En nuestro entorno, según el estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS), la prevalencia de eventos adversos en atención primaria es de un 10,11% y aglomerando un 6,7% de los pacientes sufre más de un evento adverso. Otros estudios han revelado que la media de eventos adversos en los que se ven envueltos médicos de atención primaria mensualmente es de 7 casos aunque en la mayoría sin repercusiones graves (Aranaz et al., 2012).

Independientemente del carácter alarmante de estas cifras, la importancia de la seguridad del paciente es reconocida hoy en día por todas las personas involucradas en el proceso de asistencia sanitaria. Es relevante tanto para los pacientes y sus familiares, que necesitan tener la seguridad y la confianza en los cuidados del sanitario, como para todos los facultativos que desean procurar una asistencia sanitaria que sea de calidad, eficiente, efectiva y segura.

Siendo que su interés es innegable para todas las partes afectadas, el enfoque con el que abordamos los eventos adversos en la asistencia puede ser muy variable. Reason (2000) describió dos enfoques claramente diferenciados: centrado en la persona y centrado en el sistema.

El enfoque centrado en la persona, parte de que es la persona la que causa los errores, por lo tanto, el error es entendido desde lo individual y esto implica que la persona ha de asumir la responsabilidad de lo acaecido. Se considera que el proceso mental implicado en la comisión de un error podría tener que ver con problemas de memoria, atención, sueño, etc. Desde el enfoque centrado en la persona como protagonista y culpable del error, para prevenir la repetición del error es esencial la identificación de los culpables, la ejecución de acciones disciplinarias y la realización de formación específica.

El enfoque centrado en los sistemas, parte de la idea de que todos los seres humanos se equivocan y por lo tanto, los errores son previsibles. En este enfoque se considera que el error está en el colectivo, es decir, en el sistema. Los fallos dentro del entorno asistencial son la causa de que se produzcan los errores. Desde esta perspectiva, las acciones se orientan a prevenir el error, rediseñar los procedimientos de forma segura y minimizar





el riesgo. En conclusión, será esencial modificar las circunstancias para disminuir la probabilidad de riesgo y así conseguir que las personas sean lo más efectivas posibles (Reason, 2000). Es importante que ante un error se analicen todos los elementos que intervienen para reforzar las barreras y conseguir que el mismo error no alcance de nuevo al paciente.

La comunidad científica apuesta por este enfoque centrado en el sistema y apunta a la necesidad de cambiar a una cultura proactiva, donde los incidentes sean tratados como oportunidades para aprender del error, gestionar los riesgos y prevenir en el futuro tales situaciones. Así, la seguridad del paciente se define como un concepto que incluye las intervenciones dirigidas a eliminar, reducir y aminorar los resultados adversos evitables, causados por el proceso de atención a la salud, además de promover las prácticas que resultan más seguras, a la vez que se favorece un cambio cultural que elimine toda señal de cultura reactiva a culpabilizar a los profesionales de sus errores (Aranaz, Aibar, Vitaller y Ruiz, 2005).

Las organizaciones sanitarias que logran una cultura de seguridad positiva, son conscientes de que las técnicas y procedimientos en el ámbito sanitario son de alto riesgo y por lo tanto, van a existir errores, pero se han de tratar desde un punto de vista proactivo y basado en el aprendizaje del error (Astier, Torijano y Olivera, 2015).

Esta cultura de seguridad requiere que haya un cambio de mentalidad a nivel tanto social, como institucional, político e individual y así se conseguirá que cuando suceda un evento adverso grave para el paciente, las actuaciones no se enfoquen hacia el sujeto que cometió el error sino que vaya dirigido a un aprendizaje de dicho error (Aibar, Aranaz y Terol, 2007).

Una cultura de seguridad proactiva y dinámica, entiende que los seres humanos cometen errores y que éstos son inevitables, y promueve un enfoque en que los eventos adversos no están únicamente relacionados con el error cometido por los profesionales asistenciales, sino que pueden existir fallos subyacentes y errores en los sistemas sanitarios, que contribuyen a la producción del error (Mazor, 2012).

Una cultura de seguridad del paciente integral intenta prevenir todo tipo de incidentes, asumiendo que si se disminuyen los accidentes leves y los incidentes sin daño, consecuentemente se reducirán los accidentes más graves (Shildmeijer, 2013), pero cuando acontece un evento adverso con repercusiones graves para el paciente, es indispensable que haya una respuesta inmediata por parte de la organización y los profesionales sanitarios. La intervención en las primeras 24h definirá el tipo de respuesta que tanto el paciente como sus familiares recibirán, pudiendo ser o basada en la confianza o determinada por la



ocultación y las evasivas. Esto precisa de una formación específica. Incluso en sistemas sanitarios proactivos, la carencia de profesionales y equipos con formación adecuada, además de generar una pobre definición de responsabilidad, finalmente causa fracasos en la gestión de los eventos centinela por parte de la organización. Por este motivo, es necesario disponer de un plan de crisis ante este tipo de eventos centinela, teniendo siempre en cuenta que pueden suceder de forma inesperada en cualquier momento del día y del año.

De conformidad con Sánchez y Aliaga (2019), los objetivos del plan de crisis deben cubrir diferentes aspectos. Por un lado, se establecerán cuatro áreas de intervención:

- En primer lugar, buscando las causas del evento adverso, basándose en una cultura de seguridad, orientada hacia los fallos del sistema.
- En segundo lugar, cuidando la comunicación con el paciente y la familia, siendo que un comportamiento ético reduce el número de litigios.
- En tercer lugar, en relación a la imagen institucional, hay que asumir la responsabilidad, dar una respuesta a la ciudadanía y pedir disculpas.
- Y en cuarto lugar, hay que fomentar el apoyo a las segundas víctimas debido a que fortalece el liderazgo y mejora la cultura de la organización y la imagen de ésta entre los profesionales.

Por otro lado, deberán limitar las consecuencias; evitando la pérdida de confianza por parte de los usuarios, el impacto en el liderazgo de los profesionales y equipos directos, las repercusiones legales y el deterioro de la imagen social (Sánchez y Aliaga, 2019).

Cualquier plan de crisis debe ser eficaz y de fácil aplicación para conseguir que sea lo más práctico posible. Las funciones y responsabilidades deben estar bien definidas. Todo plan de crisis debe contemplar una serie de puntos (Sánchez y Aliaga, 2019):

- Análisis de incidentes: se ha de realizar de forma inmediata, con un enfoque sistémico, aprendiendo de los errores y mejorando para que no vuelva a suceder otro evento adverso.
- Implicación de directivos y profesionales de todos los niveles: para lo que se requiere un equipo con una formación adecuada y acotar las responsabilidades de cada profesional en caso de un evento adverso grave.
- Se ha de crear un plan de atención a la primera y segunda víctima.
- Especialmente en el caso de eventos adversos con repercusión mediática es esencial la comunicación interna, informando al personal de la organización lo antes posible de lo sucedido y ofreciéndoles toda la información real.



- En esos casos también resultará esencial la comunicación con los medios externos: nombrando a un portavoz y no hablando con los medios sin haberlo hecho primero con los profesionales y haber estudiado lo ocurrido. Sánchez y Aliaga recomiendan apoyarse en periodistas y medios especializados en el ámbito de la salud.
- Por último, también subrayan la necesidad de un adecuado asesoramiento jurídico desde el momento inicial.



## 2.3. Primera, segunda y tercera víctima

Se ha descrito que los incidentes de seguridad pueden provocar tres víctimas: el paciente y su familia, el profesional de la salud y la institución u organización proveedora de servicios de salud (Denham, 2007). La segunda víctima, la primera y la tercera víctima conforman el triángulo de las víctimas de un evento adverso. La primera víctima es el paciente y la familia involucrada, la segunda víctima es el profesional o los profesionales implicados y la tercera víctima es la organización en la cual ocurren las experiencias de la primera y segunda víctima.

El paciente acude a la asistencia sanitaria para conseguir mejorar su situación, recibir cuidados y conseguir aliviar su sufrimiento. Es evidente que el paciente no espera sufrir un daño derivado de la atención sanitaria, pero de forma involuntaria el paciente puede acabar convirtiéndose en primera víctima de un evento adverso. Se considera primera víctima a los pacientes, pero también a los familiares y la red afectiva de la persona que está directamente afectada por un incidente de seguridad del paciente con daño (Sánchez y Aliaga, 2019).

Cuando la asistencia sanitaria no va bien, los pacientes querrán saber qué ha pasado exactamente (Wu, Boyle, Wallace y Mazor, 2013). El paciente quiere recibir la información y esto incluye una explicación de lo sucedido, abarcando el cómo y por qué motivos ocurrió el evento adverso. Si bien, los pacientes entienden que los médicos son humanos y pueden errar, también confían en que los profesionales de la asistencia sanitaria a los que acuden realizarán la atención lo mejor que puedan.

El paciente y su entorno pueden necesitar atención a nivel clínico, emocional e informativo después del evento adverso. A nivel clínico hay que evitar que se vuelvan a producir nuevos daños, hay que reparar el daño ya producido, hay que ofrecer los cuidados apropiados para la situación específica y hay que realizar un seguimiento. Desde el punto de vista emocional debemos ser empáticos, ofrecer una escucha activa, mostrar respeto, realizar la reparación y ofrecer apoyo emocional, incluso profesional si es necesario. En relación a la información, ésta ha de ser completa, veraz, comprensible y se ha de dar con honestidad. La información se ha de proporcionar desde el primer momento. Ante un error, el profesional ha de pedir disculpas, asumir su responsabilidad y ha de haber una aceptación de las expectativas razonables de la primera víctima (Sánchez y Aliaga, 2019).

La información al paciente y a su familia es un elemento esencial para la gestión del evento adverso. Al respecto se ha acuñado el término *open disclosure*. Este concepto conlleva mantener una discusión abierta con el paciente, su familia, cuidadores y otras



personas de apoyo, sobre aquellos acontecimientos que han causado daño mientras el sujeto recibía la atención sanitaria. Implica garantizar una comunicación sincera con el paciente, con información real, reconociendo lo sucedido, aprendiendo a manifestar el malestar por lo sucedido e informando de que se tomarán medidas para evitar que un incidente semejante vuelva a suceder (O, Connor, Coates, Yardley y Wu, 2010).

También se considera necesaria una disculpa al paciente por el daño que se ha producido y hay autores que sostienen que tanto la información completa como la disculpa al paciente por parte del profesional sanitario no suponen un perjuicio en relación a un hipotético procedimiento judicial (Mira et al., 2017).

Respecto a la información al paciente, se recomienda lo siguiente (Sánchez y Aliaga, 2019):

- Cuándo: la información debe darse de la forma más inmediata posible. Antes de realizar el análisis deberemos informar del daño, el pronóstico y las intervenciones que se deberán desarrollar.
- Cómo: la información debe ser clara, honesta y de forma completa. La información debe explicar cómo y por qué motivo sucedió el EA. Es relevante que se especifiquen las medidas preventivas.
- Quién: en este punto es más difícil el consenso, debido a que dependerá de múltiples factores como la gravedad del evento y las consecuencias en el profesional sanitario. Si el evento adverso ha sido leve, se acepta de forma generalizada que sea el mismo profesional implicado el que otorgue la información y se disculpe. Si el evento adverso es grave, es posible que el profesional sanitario no se encuentre capacitado para ofrecer la información o que se encuentre muy afectado por la situación acontecida, por lo que sería desaconsejable su intervención. La gravedad de la situación y el alcance mediático puede ocasionar la necesidad de la participación directa de la dirección de la organización.

El objetivo de la asistencia y de cualquier profesional sanitario es mejorar la vida de sus pacientes e intentar paliar o minimizar su sufrimiento. Si hay un daño accidental en el proceso de atención al paciente, dicha experiencia será traumática para todas las partes involucradas, incluidos los profesionales sanitarios que se acabarán convirtiendo en segundas víctimas del evento adverso acaecido (Torrijano, Astier y Mira, 2016).

Albert Wu acuñó el término de segunda víctima en el año 2000 (Wu, 2000). Definió este concepto como el de aquel profesional que participa en un evento adverso inevitable y que queda traumatizado por dicha experiencia con dificultades para afrontarla emocionalmente.



En el año 2009, Scott et al. ampliaron la definición acuñada por Wu, indicando que se considera segunda víctima a *“todo profesional sanitario involucrado en un E.A, un error médico, o una lesión inesperada que está relacionada con el paciente y que se transforma en víctima, por lo tanto queda traumatizado por lo sucedido”*.

No es el error médico, sino su implicación en un incidente relacionado con la seguridad del paciente, lo que da lugar a las segundas víctimas, pues la experiencia de la segunda víctima puede ser independiente de la causa del evento adverso (Carrillo et al., 2016). Así, se acepta que la experiencia de las segundas víctimas no está limitada a la implicación en errores médicos, sino también en los efectos adversos que no fueron provocados por errores y situaciones en las cuales el error se evitó en el último momento, estas últimas dos situaciones pueden también desencadenar el fenómeno de la segunda víctima (Hirshinger, Scott y Hanhn – Cover, 2015).

El 40.8% de los profesionales encuestados por Wolf et al. (2000) informaron que verse implicados en un error médico tuvo un efecto dañino moderadamente severo en sus vidas personales y el 2.5% informó de un impacto severo. Scott et al. (2010) afirman que el 30% de los estudiantes de medicina, médicos y enfermeras profesionales presentan problemas personales en 12 meses previos debido a verse implicados en un evento adverso.

Frecuentemente las segundas víctimas se sienten responsables de los resultados inesperados de los pacientes y sienten que les han fallado, por lo que dichos profesionales se acaban cuestionando sus habilidades clínicas y su base de conocimiento (Scott et al., 2009). Se afirma que los profesionales sanitarios “sufren en silencio”, y que su estado emocional tiene repercusiones negativas para la seguridad del paciente y la cultura de seguridad (Edrees et al., 2017).

Es importante señalar que un 90% de los profesionales sanitarios consideran que su hospital o centro sanitario no brinda apoyo y soporte apropiado a los profesionales tras un evento adverso, causando un agravamiento de las consecuencias (Waterman et al., 2007).

Este soporte debería ser prioritario, puesto que además cuando sucede un evento adverso grave, la institución sanitaria también se ve afectada y esto puede conllevar una pérdida de prestigio y de reputación, provocando que el usuario pierda la confianza en dicha institución. La propia institución sanitaria donde se ha producido el evento adverso es considerada como tercera víctima, debido a la pérdida de reputación que sufre en cuanto a los ciudadanos y pacientes (Torijano et al., 2016). El concepto de tercera víctima hace mención a la institución sanitaria que también queda dañada, pero incluso dicho daño puede ser mayor dependiendo del comportamiento de sus gestores, siendo capaces o no



El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malapaxis.

---

de manejar la situación generada (Denham, 2007).



## 2.4. la segunda víctima

### 2.4.1 Epidemiología

Anteriormente ya se ha mencionado que la práctica clínica no está exenta de riesgos, por lo que muchos profesionales sanitarios se ven envueltos en un evento adverso durante la asistencia. Existen cifras muy variables sobre la prevalencia de segundas víctimas.

En un estudio realizado por Mira et al. (2015) afirmaron que 8 de cada 10 profesionales de la salud que trabajan en Atención Primaria y en Hospitales de España han sido testigos de un incidente de seguridad del paciente en algún momento de su carrera profesional. Este estudio también indica que 6 de cada 10 profesionales sanitarios en España identifican haber sufrido dificultades emocionales y profesionales después de un evento adverso en la asistencia.

El Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la hospitalización (ENEAS), informó de que el porcentaje de pacientes con eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en España es del 9,3% y específicamente un 8,4% están relacionados con la asistencia hospitalaria. Los eventos adversos acaecidos fueron el 45% leves, el 39% moderados y el 16% graves (Aranaz et al., 2015). Los autores consideran que cabe esperar que cada año un 15% de los profesionales sanitarios de España se vean envueltos en un evento adverso y esto supone que muchos sufrirán un impacto emocional originado por dicha situación (Aranaz et al., 2008), lo que alerta sobre una cantidad de profesionales mucho más importante de lo que inicialmente se consideraba (Aranaz et al., 2012).

A nivel estadístico nos encontramos que un 62% de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en España manifiestan haberse sentido segundas víctimas o haber presenciado en compañeros próximos este fenómeno en los últimos 5 años (Torijano et al., 2016).

En relación a los Hospitales, la tasa de eventos adversos ha sido estimada entre un 4% y un 17%, de los que alrededor del 50% se consideran evitables (Vincent, Neale y Woloshynowych, 2001).

Según los estudios de encuesta realizados, hasta el 50% de todos los trabajadores del hospital se convierten en segunda víctima al menos una vez en su carrera (Van Gerven et al., 2016). En los estudios en los que se ha preguntado de forma directa a los profesionales sanitarios de atención primaria y de hospitales si se habían visto implicados por algún error





del sistema o algún fallo que causara algún daño al paciente en un tiempo determinado (periodo entre los últimos 5-15 años), entre un 55 % y un 89% contestaron de forma afirmativa (Waterman et al., 2007).

En un estudio de Scott et al. (2010), aproximadamente 5.000 médicos, enfermeros y estudiantes de medicina fueron encuestados, y el 30% de los 898 que conformaron la muestra informaron sobre problemas personales a raíz de su implicación en eventos adversos en el último año. Asimismo, el 15% de los encuestados indicaron que se habían llegado a plantear el abandonar su profesión por completo.

De manera similar, una encuesta de enfermeros, farmacéuticos y médicos informó de que el 40.8% de 402 encuestados sintieron que haberse visto implicados en un error médico, tuvo consecuencias nocivas en su vida personal (Wolf et al., 2000).

Por último, el estudio de Lander et al. (2006) no analiza directamente el fenómeno de las segundas víctimas pero nos permite aproximarnos al fenómeno. A los otorrinolaringólogos en este estudio no se les preguntó específicamente sobre su reacción emocional al cometer un error, simplemente se les preguntó si se había producido un error durante la asistencia en los últimos seis meses y se les pidió que, en caso de que se hubiera producido, describieran dicho error. Un 30% de ellos reconoció haber vivido un error en los últimos 6 meses, lo que nos aproxima al porcentaje de potenciales segundas víctimas en esta especialidad.

## 2.4.2. Fases

Scott et al. describieron una serie de etapas por las que pasan los profesionales sanitarios cuando se ven involucrados en un evento adverso. Las primeras tres etapas ocurren después “del impacto” y la segunda víctima puede pasar por una o más de estas etapas simultáneamente (Scott, Hirschinger, Cox, McCoig, Brandt y Hall, 2009).

Las diversas fases son las siguientes:

- Etapa 1: caos y respuesta a accidentes

En el momento en que se detecta un evento o resultado adverso, el médico implicado describe escenarios caóticos y confusos de agitación externa e interna que finalmente llevan a la comprensión de lo que había ocurrido.



Durante los momentos inmediatos al evento adverso, se produce un período de investigación rápida para verificar exactamente qué sucedió. Simultáneamente, el paciente puede estar inestable y requerir cuidados intensivos y monitorización. Habitualmente, se convoca a otros facultativos para ofrecer apoyo con los procedimientos o las pruebas. Con frecuencia, la segunda víctima se sumerge en la autorreflexión mientras trata de manejar al paciente en crisis.

Durante esta fase, el profesional sanitario detecta el evento adverso, busca ayuda e intenta ayudar al paciente. En esta etapa el profesional sanitario está inmerso en la confusión y se enfrenta a una gran mezcla de emociones.

- Etapa 2: reflexión interna no pertinente

Esta etapa es un período de disentimiento, de insuficiencia interna y período de autoaislamiento.

La segunda víctima reevalúa la situación repetidamente con preguntas del tipo “¿qué habría pasado si...?”. Reconstruye de forma obsesiva el escenario de lo ocurrido. El profesional sanitario sufre preocupación y revive de forma repetitiva el evento.

En esta etapa pueden surgir sentimientos de aislamiento, pérdida de confianza y dificultades con el patrón de sueño.

- Etapa 3: restauración de la integridad personal

En esta tercera etapa el profesional busca el apoyo de una persona con la que tenga una relación de confianza, como un compañero, supervisor, amigo personal o miembro de la familia. Muchos profesionales no saben a quién acudir porque nadie parece comprender el impacto que el evento tiene en ellos a nivel profesional y personal.

Una gran duda sobre su futura carrera profesional les invade a muchos. Uno de los mayores desafíos es superar las reflexiones personales sobre “lo que los demás pensarán de mí” y las dudas sobre si “volveré a confiar en mí”.

El entorno puede ser determinante, pues las segundas víctimas describen una incapacidad para avanzar cuando el evento es seguido por los rumores negativos y no solidarios en su departamento o servicio, lo que desencadena recuerdos adicionales e intensifica la duda y la falta de confianza clínica.



Por lo tanto, es una etapa en la que la segunda víctima busca el apoyo para poder explicar su experiencia y entender el impacto que ha ocasionado en él o ella.

- Etapa 4: aguantando la inquisición

Después de dedicar todos sus esfuerzos iniciales a estabilizar al paciente y de haber avanzado en la reflexión personal sobre lo ocurrido e incluso haber compartido con alguien su vivencia, la segunda víctima comienza a preguntarse sobre las repercusiones a futuro de lo acontecido, aquellas que afectan a su seguridad laboral, las posibles repercusiones de restricciones profesionales y los litigios futuros.

Esta etapa coincide con el periodo en que la institución dedica a investigar el evento adverso.

- Etapa 5: obtención de primeros auxilios emocionales

Tras haber podido compartir con alguien de confianza su vivencia, las segundas víctimas tienden a buscar apoyo emocional también de otras maneras.

Muchos profesionales sanitarios expresan su preocupación por no saber quién es una persona “segura” para confiar. Aproximadamente un tercio de las segundas víctimas buscan el apoyo de sus seres queridos, pero indican que son cautelosos al hacerlo debido a las consideraciones legales y de confidencialidad obligadas e inherentes a la asistencia sanitaria. Otros notan que sus seres queridos simplemente no pueden comprender su vida profesional y deben protegerse del dolor que les causaría recibir las dificultades al apoyarle.

- Etapa 6: seguir adelante, abandonar, sobrevivir o prosperar

Numerosas segundas víctimas describen su evento como un impacto en sus prácticas laborales y algunos explican que el evento permanece con ellos durante toda su carrera.

Hay un impulso interno (de la segunda víctima) y externo (de compañeros de trabajo, compañeros, supervisores) para “avanzar” y dejar el evento detrás de ellos. Sin embargo, a algunas segundas víctimas les resulta difícil dejar completamente atrás el evento.



Esta es una etapa única para la recuperación, con tres caminos potenciales: abandonar, sobrevivir o superar la experiencia. El abandono puede implicar cambiar el rol profesional, dejar la profesión o mudarse a un lugar en que la práctica resulta diferente. La supervivencia es cuando la segunda víctima afronta lo sucedido pero siguen persistiendo pensamientos intrusivos sobre lo ocurrido, tristeza e intentos por lograr un aprendizaje del evento adverso. La superación consiste en que la segunda víctima consigue un equilibrio entre su vida profesional y laboral, sigue adelante incorporando esta experiencia vital y profesional incluso puede llegar a interesarse por iniciativas relacionadas con la seguridad del paciente.

### 2.4.3 Sintomatología

La segunda víctima implicada en un evento adverso puede padecer una serie de consecuencias tanto en el aspecto personal, físico y psicológico, como también en el ámbito profesional y en la vida familiar.

Independientemente del sexo, el tipo de profesional sanitario o los años dedicados a la profesión, el fenómeno de la segunda víctima altera la vida y deja una huella permanente en el individuo. Los síntomas que se presentan, su intensidad y duración variarán dependiendo del tipo de evento adverso, también serán determinantes las características propias del sujeto involucrado y de la reacción institucional ante el evento adverso (Ullström et al., 2014).

Se ha descrito que las segundas víctimas de un evento adverso tienen en común unos síntomas similares a los que caracterizan el trastorno de estrés postraumático, incluyendo flashbacks, reexperimentación, evitación de forma activa de las situaciones parecidas, aumento del nivel de arousal, irritabilidad y dificultades para dormir. Se pueden presentar también síntomas y signos semejantes al de estrés agudo, incluyendo adormecimiento, desapego, confusión, ansiedad, depresión, duelo, retraimiento, agitación e incluso puede llegar a la despersonalización. Es habitual que se produzca falta de concentración y memoria, causando problemas incapacitantes para realizar las funciones habituales.

Puede haber alteraciones en memoria a nivel general, pero también se ha descrito que hay algunos sujetos que no recuerdan nada después de intentar recordar el suceso. En otros casos, después de reflexionar sobre el evento de forma continuada, empiezan a preguntarse qué hechos recuerdan de forma adecuada y sobre cuáles consideraban no tener seguridad, derivando de nuevo en la evaluación mental del evento de forma constante. Las dudas se muestran de forma repetitiva e independiente a la voluntad del sujeto y a la actividad que está desarrollando. A causa de dicha sintomatología puede



llegar a producir consecuencias psicológicas como podría ser el insomnio, la ansiedad o la inseguridad (Ullström et al., 2014).

Wu et al. también describieron estos síntomas que incluyen ansiedad, dificultades para dormir, culpa, rabia y vergüenza (Wu y Steckelberg, 2012). Las segundas víctimas dicen revivir y obsesionarse con los detalles de los efectos adversos en el paciente durante años o incluso décadas.

Los eventos adversos tienen un impacto intenso, provocando respuestas emocionales profundas en las segundas víctimas (Engel et al., 2006). La literatura destaca varias respuestas psicológicas que ocurren con frecuencia como culpa, angustia, ansiedad, miedo, frustración, rabia e insuficiencia.

A continuación se abordarán de manera específica cada una de ellas:

Culpa: los eventos adversos provocan inseguridad, por lo tanto, el sentimiento de culpa está presente en las respuestas a eventos desfavorables y en las reflexiones del profesional sobre una posible prevención del evento adverso que se produjo (Bowers et al., 2006; Engel et al., 2006). Muchos estudios cualitativos identifican la culpa como una de las respuestas emocionales más comunes (Engel et al. 2006; Mankaka et al., 2014; Schelbred y Nord, 2007 y Ullstrom et al., 2014). Esto también se ve reflejado en la mayoría de los estudios cuantitativos, donde se registró entre un 10.1% – 58.8% de prevalencia (Hobgood et al., 2005; Karga et al., 2011; Mira et al., 2015; O’Beirne et al., 2012). En general, se entiende que culpar a los empleados o médicos por los resultados negativos de los pacientes no es aconsejable y que se deben hacer todos los esfuerzos para investigar si los resultados negativos fueron causados por procesos faltantes o interrumpidos en lugar de errores humanos (Horak, Welton y Shortellm 2004). Muchas organizaciones han implementado informes destinados a apoyar a los equipos y alentar el aprendizaje de los errores en lugar de ser punitivos. Se apoyan entornos de trabajo libres de culpa; no obstante, la culpa aún sigue existiendo (Clancy, 2012). Fomentar una cultura libre de culpa tiene como objetivo promover la seguridad y un ambiente de trabajo positivo en el que sea seguro informar de errores. Un estudio multinacional (16 países) de seguridad de pacientes descubrió que una cultura que incluía la culpa era una de las principales barreras para informar sobre eventos de seguridad del paciente (Holmström, et al., 2012). Es muy probable que los profesionales sanitarios culpados injustamente sufran la carga adicional de la injusticia natural, además del estigma de un proceso de “vergüenza y culpa”. La literatura actual no distingue entre la angustia relacionada con la culpa, en el que se produjeron errores verdaderos, y la relación entre la angustia y la culpa en el contexto de la culpa no ajustada a la realidad. En el síndrome de la segunda víctima, la culpa se ha relacionado con pensamientos intrusivos al respecto (Davidson, Agan, Chakedis y Skrobik, 2015). Sin



embargo, desde otra perspectiva, Treiber y Jones (2010) subrayaban el efecto positivo de la culpa a la hora de prevenir los incidentes de seguridad del paciente.

Angustia, ansiedad y miedo: los síntomas psicológicos de la angustia, ansiedad elevada y miedos específicos son experimentados por muchos profesionales implicados en un evento adverso y resultan nocivos. Se ha asociado el estar involucrado en un evento adverso con dos campos concretos del burnout, fatiga emocional elevada y despersonalización, esto se estableció en una muestra de enfermeros, indicando que las respuestas que experimentaron ante el evento adverso vivido fueron mayores que una simple respuesta emocional (Lewis et al., 2015). En todo caso el análisis de la relación causa y efecto no fue concluyente (Lewis et al., 2015). Además, el apoyo de las segundas víctimas tenía una relación invertida con la fatiga emocional de los enfermeros, y la despersonalización y una relación positiva con éxitos personales, por lo tanto, esto da soporte a la perspectiva de que la angustia podría aliviarse con un apoyo adecuado (Prins et al., 2009). Los miedos de las segundas víctimas estaban dirigidos a varios aspectos. En particular, estudios cuantitativos y cualitativos estaban de acuerdo en que los miedos de las segundas víctimas se centraban en amenazas contra su identidad personal y profesional (Harrison et al., 2014 y Karga et al., 2011). Wurst et al. (2011) también confirmó que la angustia estaba relacionada con las reacciones de sus familiares y con el riesgo de litigios. Otras preocupaciones incluían miedo al castigo, miedo por el paciente y miedo a la recurrencia del evento (Schelbred y Nord, 2007). Los estudios cuantitativos señalan que entre el 49,6% – 81,5% de los encuestados presentaban ansiedad, y los estudios cualitativos, también apoyan la persistencia de la ansiedad y la existencia de la preocupación sobre que pueda repetirse el evento adverso (Bowers et al., 2006, Harrison et al., 2014 y McLennan et al., 2015). En relación a la angustia moral, ésta ocurre cuando se viola la percepción individual de los valores personales y profesionales u obligaciones éticas, lo que causa la angustia psicológica (Cohen y Erickson, 2006). Si las personas involucradas en la toma de decisiones en la atención sanitaria sienten que sus valores, principios o creencias personales han sido comprometidos, o se han puesto en duda, esto puede generar angustia. La angustia moral puede conducir a sentimientos de tristeza e impotencia, conductas de evitación, ira y frustración que pueden afectar negativamente a la atención al paciente. Esta angustia puede continuar mucho después de que haya ocurrido el evento. La angustia persiste después de la angustia moral inicial y se ha denominado residuo moral (Wiegand y Funk, 2012). La cultura organizacional también influye en la angustia moral. Los procesos, las estructuras y las políticas organizacionales pueden generar angustia moral cuando la acción correcta es clara para el individuo, pero se le impide realizar dicha acción debido a estos problemas organizacionales.

Frustración y rabia: varios estudios identificaron que las segundas víctimas presentan sentimientos de frustración y rabia y que estos se dirigen al paciente, hacia ellos mismos o al entorno de trabajo (Engel et al., 2006). Hobgood et al. (2015) consideran



que estos sentimientos negativos están en relación con la insatisfacción del trabajo, con una institución que no les apoyaba, con un entrenamiento inadecuado y con factores educacionales.

Sentimiento de insuficiencia: las segundas víctimas también se sintieron inseguras en relación a su rol profesional. Los estudios cuantitativos muestran que entre el 21,5% y el 58% de los encuestados se sentían inadecuados (Hobgood et al., 2005). Al sentirse inadecuados empezaron a reevaluar su situación, experimentaron baja autoestima y perdieron la autoconfianza (Harrison et al., 2014). La baja autoestima y la crisis de autoconfianza se intensifican en un departamento que no apoya al profesional, en que el clima es negativo y lleno de rumores.

En todo caso la experiencia de victimización es individual y se ha estudiado si existen diferentes respuestas emocionales entre sexos y profesiones.

Los tres estudios identificados en la literatura médica que analizan las diferencias por sexo coinciden en que los profesionales femeninos experimentan las emociones con más intensidad que los masculinos (Mankaka et al., 2014; McLennan et al., 2015 y Mira et al., 2015). Algunas de las razones que se ha considerado que influyen en que las mujeres se muestren más afectadas incluyen la discriminación sexual por supervisores masculinos tras un evento adverso, y que los profesionales masculinos muestran una menor sensibilidad emocional cuando estaban involucrados en un evento adverso (Mankaka et al., 2014).

Respecto a la profesión, Wolf et al. (2000) mostró que comparados con médicos y farmacéuticos, los enfermeros sufrían mayor sentimiento de culpa, preocupación, vergüenza y miedos, y este autor atribuye estas diferencias a una adaptación de este subgrupo de profesionales a una respuesta diferencial de la sociedad con relación a los errores entre grupos de profesionales de la salud.

Dentro del colectivo médico, disponemos de estudios realizados en especialidades concretas. En un estudio basado en entrevistas estructuradas realizadas a médicos de la especialidad de medicina interna, todos informaron padecer sentimientos disfóricos después de un error, con muchos sentimientos de miedo, culpa, ira, vergüenza y humillación que persistieron durante meses o años (Christense, Levinson y Dunn, 1992). En otro estudio basado en entrevistas a médicos de familia a quienes se les pidió recordar su peor error, surgieron temas similares. Las emociones informadas con frecuencia incluyeron dudas sobre sí mismo (96%), desilusión (93%), autoculpa (86%), vergüenza (54%) y miedo (50%) (Newman, 1996). Estas emociones intensas surgen en parte del profundo sentido de la vocación y los altos estándares impuestos por la profesión y autoimpuestos por la mayoría de los médicos.



En línea con lo anterior, parece que la especialidad no se puede considerar un factor determinante respecto a la experiencia de ser segunda víctima. En la encuesta realizada sobre errores médicos a 3.171 médicos de múltiples especialidades en los Estados Unidos y Canadá sobre el impacto emocional de los errores. Al igual que en estudios anteriores, los médicos informaron de ansiedad sobre futuros errores (61%), pérdida de confianza (44%), dificultades para dormir (42%), reducción de la satisfacción laboral (42%) y daños a su reputación (13%). Cabe destacar que ni la especialidad, ni tampoco la nacionalidad, influyeron en el impacto emocional de los errores, lo que sugiere que este problema es importante en todos los entornos de atención. Más del 80% de los médicos informó que estaría interesado en recibir apoyo después de un grave error, sin embargo el 90% manifestaron que las organizaciones de atención médica no los apoyaban adecuadamente para hacer frente al estrés relacionado con el error (Waterman, et al., 2007).

En cuanto a la duración del sufrimiento, es importante destacar que las repercusiones emocionales a largo plazo de las segundas víctimas tras un evento adverso se demostraron en varios estudios (Bowers et al., 2006; Pinto et al., 2013, Ullström et al., 2014 y Jones y Treiber, 2010). Se destacó que, aunque los profesionales no siempre se acuerdan de todos los detalles, su memoria emocional persiste y esto indica un sufrimiento considerable en las segundas víctimas. Harrison et al. (2014) reconoce la escasez internacional de información longitudinal que informe sobre la duración de las repercusiones psicológicas y los cambios en el tiempo de dicho impacto psicológico.

En un estudio prospectivo y longitudinal de residentes, los errores autopercebidos se asociaron con una calidad de vida reducida, un mayor agotamiento (burnout) y depresión (West et al., 2006). Se observó que aquellos que experimentaron “burnout” informaron mayores tasas de errores en los meses siguientes. Este hallazgo sugiere un círculo vicioso en el que los errores y las emociones negativas se reproducen. Por lo tanto, los programas diseñados para romper este ciclo y apoyar a los trabajadores de la salud después de errores pueden mejorar la seguridad del paciente, el riesgo de defecto en la praxis, conseguir la retención del personal sanitario y contribuir al bienestar de los profesionales.

Ullström et al. (2014) realizó un estudio que consistió en realizar 21 entrevistas a profesionales sanitarios que habían experimentado un evento adverso grave en el hospital en el año 2009 y 2010. Utilizó un modelo de entrevista semiestructurada desarrollado por Scott et al. (2009) para evaluar las reacciones de los profesionales de la salud después del evento adverso y su evolución en el tiempo. Los resultados mostraron:

Reacciones emocionales: algunos participantes describieron reacciones iniciales de conmoción e incredulidad después del evento adverso. No podían creer lo que





había sucedido y que hubieran participado en él. La mayoría de los informantes padecieron reacciones emocionales como tristeza, ansiedad y revivir el evento (flashbacks). Muchos participantes dijeron que habían repetido mentalmente la secuencia de eventos una y otra vez. Otras reacciones frecuentes fueron la culpa, la vergüenza y la sensación de que la reputación profesional había quedado dañada. Algunos participantes se preocuparon por las críticas que pudieran recibir de su entorno, mientras que otros fueron principalmente autocríticos. Los sentimientos de frustración y trastornos del sueño fueron reacciones comunes. Algunos participantes informaron de problemas de salud serios como cuadros depresivos que requirieron tratamiento profesional e periodos de incapacidad laboral por enfermedad prolongada. En las entrevistas realizadas, al menos dos personas aún no se habían recuperado completamente. Los participantes informaron sobre varios factores que habían influido en sus problemas de salud, como sentimientos de culpa y vergüenza, falta de apoyo y la concurrencia de otros factores estresantes personales. Algunos profesionales sanitarios buscaron ayuda profesional, aunque continuaron trabajando a tiempo completo.

**Desempeño profesional y autoconfianza:** muchos participantes se sintieron inseguros en sus roles profesionales después del evento adverso. Esto ocurrió desde el momento inmediatamente después del evento, pero para algunos esta inseguridad duró más tiempo. Afirmaron que dudaban de su juicio profesional y, a veces, incluso de su elección de carrera. Estas reacciones no siempre estuvieron vinculadas al resultado del paciente. Algunos profesionales sanitarios quedaron destrozados simplemente por pensar en lo que podría haber ocurrido aunque el error no hubiera tenido consecuencias o estas fueran leves. La mayoría de los participantes informaron de que el evento adverso afectó a su trabajo en cierta medida. Más de la mitad describió haber aumentado mucho las precauciones al realizar su trabajo, después del evento adverso, para evitar problemas. La mayoría de los participantes informaron que podían continuar su trabajo como lo habían hecho antes del evento pero un tercio describió cómo las reacciones emocionales dificultaban su desempeño profesional. Algunos profesionales sanitarios expresaron su preocupación por la posibilidad de una acción disciplinaria o incluso por la posible pérdida de su empleo.

**Duración del impacto:** la mayoría de los facultativos describió el impacto general del evento adverso como duradero en el tiempo. Más de la mitad dijo que la experiencia del evento adverso todavía volvía a su cabeza de vez en cuando. Para algunos, la entrevista les ocasionó recuerdos, pensamientos y emociones negativas al respecto. La mayoría considera que el evento había dejado una impresión que permanecerá con ellos para siempre, afirmando que lo vivido siempre les afectará. La mayoría de los síntomas físicos aparecieron inmediatamente después del suceso; pero la



sintomatología psicosocial surgió de forma progresiva y en diferentes tiempos. Esto último variará según la magnitud del daño realizado, de los diferentes recursos personales para afrontar el evento y del sistema de apoyos que le ayudarán a conseguir una recuperación positiva.

Continuando con la duración del impacto psicológico después de un evento adverso, Martens et al. (2016) concluyó que el impacto psicológico de los eventos adversos dura hasta al menos transcurrido un mes después del incidente. Bowers et al. (2006) afirmó que dichos eventos adversos continuaron mostrando influencia hasta diez años después de haber ocurrido. Los profesionales sanitarios se mostraron en estado de hiperalerta, incrementaron la atención a la evaluación de riesgos, realizaron políticas más rigurosas en seguridad del paciente, realizaron un mayor uso de métodos de contención del riesgo como observaciones especiales y aumentaron la seguridad en general.

El sufrimiento psicológico causado por los eventos adversos en los profesionales sanitarios tiene graves efectos a largo plazo, como estados emocionales negativos, que constituyen ansiedad, miedo, vergüenza, culpa e incertidumbre. A menudo, los eventos adversos angustian a las segundas víctimas hasta el punto de que estos profesionales acaban viendo su capacidad mermada (Joesten, Cipparrone, Okuno-Jones y DuBose, 2015).

Chan et al. también estudiaron la evolución en el tiempo de la sintomatología con un diseño descriptivo y cualitativo utilizando entrevistas individuales cara a cara, con una muestra intencional de ocho enfermeras de un gran hospital público de cuidados agudos en Singapur que habían participado en un evento adverso. Los resultados de este estudio concluyeron (Chan et al., 2017):

Respuestas psicológicas después del evento: la participación en un evento adverso tuvo un impacto sustancial en las segundas víctimas; los efectos psicológicos fueron generales. Los participantes expresaron que tuvieron dificultades para dormir después del evento adverso, debido a pensamientos recurrentes sobre el incidente, el paciente y la reevaluación de su competencia clínica. Las segundas víctimas experimentaron incertidumbre durante las investigaciones dirigidas a analizar los factores contribuyentes al evento adverso. Varios participantes destacaron la falta de claridad con respecto a los procedimientos de investigación y la falta de información sobre el cierre del proceso. Los participantes desarrollaron sentimientos negativos como respuesta inmediata al evento adverso: la tristeza intensa, el estrés, la culpa, la baja autoestima, la pérdida de confianza y las dudas sobre su competencia fueron comúnmente experimentadas por las segundas víctimas y causaban angustia.



Sentir los prejuicios de los demás: después del evento adverso, las segundas víctimas se percibieron como víctimas de discriminación social por parte de sus compañeros, y a veces incluso se extendieron más allá de su entorno de trabajo en el que ocurrió el evento adverso. Los participantes mostraron inquietud persistente sobre la posibilidad de ser etiquetados de forma negativa, debido a que sentían que sus compañeros de trabajo tenían una percepción negativa de ellos.

Pensamientos intrusivos: los participantes tenían pensamientos desagradables, se sentían desanimados, tenían miedo a repetir el error, se preguntaban cómo podían haber cometido tal error y se preocupaban por su futuro. Las persistentes preocupaciones de los participantes giraron en torno a las posibilidades de deterioro del paciente, las repercusiones relacionadas con su carrera profesional, como el posible despido del trabajo o el retraso en la progresión profesional y, por último, el riesgo de verse envuelto en un procedimiento penal contra ellos. Otros estudios también habían apuntado a que muchos profesionales involucrados en eventos adversos refieren intentar revivir constantemente el evento con el objetivo de determinar qué podría haber realizado de otra manera o dónde se equivocó (Chan et al., 2018), como un intento de comprender y racionalizar lo acontecido (Ullström et al., 2014).

Aprendizaje del EA: la experiencia de un evento adverso sirvió como un punto de aprendizaje crucial en el que las segundas víctimas mejoraron su experiencia práctica a través de la experiencia de verse involucrados en un evento adverso. Para aprender de sus errores, algunos participantes se involucraron en un proceso de autorreflexión sobre sus vidas personales y profesionales. Algunos de los participantes compartieron sus experiencias de aprendizaje con otros profesionales de la salud para que pudieran aprender de sus errores y evitar que cometieran el mismo error.

En dicho estudio se concluyó que las enfermeras como segunda víctima en Singapur experimentaron un sufrimiento psicológico significativo que consistió en emociones negativas intensas, como sentimientos de culpabilidad, y que dicha sintomatología afectó a su desempeño clínico. En definitiva, los participantes experimentaron una variedad de emociones negativas profundas que incluían tristeza, estrés, culpa, ira redirigida, disminución de la autoestima, baja confianza y dudas sobre sí mismos. Los hallazgos del estudio también mostraron que los participantes experimentaron inseguridades y dudas durante la investigación sobre el evento adverso, sintiéndose desconcertados debido al proceso de investigación poco explícito. Esto muestra que las deficiencias en el sistema de investigación exacerban el impacto psicológico de las segundas víctimas y representan un grave problema (Chan et al., 2018).



A continuación se realiza un cuadro resumen sobre diferentes estudios que especifican la experiencia psicológica de las segundas víctimas (Chan et al., 2016):

Autor y Año	Muestra	Resultados
Bowers et al. (2006)	56 empleados multidisciplinares	Búsqueda de comprensión: reflexión sobre prevenciones de incidentes, culpa, estrés generalizado, aumento de la ansiedad y miedos específicos.
Engel et al. (2006)	26 residentes	Tres respuestas emocionales principales: angustia, culpa, baja autoestima, frustración y rabia. Menos frecuentes: confusión, miedo, y aislamiento.
Harrison et al. (2014)	1755 médicos	Experiencia: 1119 (76%) creen que el evento les afectó profesional y personalmente. Los efectos más mencionados: 1077 (74%) estrés, 995 (68%) ansiedad, 840 (60%) alteración del sueño y 886 (63%) menos seguridad profesional.
Hobgood et al. (2005)	43 residentes	Emociones negativas comunes: 27 (68%) remordimiento, 21 (53%) culpa, 23 (58%) deficiencia y 22 (55%) frustración. Las emociones negativas fueron asociadas a sus características personales (por ejemplo, falta de experiencia) y la percepción (negativa) de su ambiente de entrenamiento: 23% asocian con falta de apoyo institucional (95% CI, 5 – 41%).
Mankaka et al. (2014)	residentes (mujeres)	Las causas más comunes de error: fatiga, carga de trabajo excesiva, competencias inadecuadas para el trabajo, comunicación disfuncional; sentimientos negativos en respuesta a errores: diferentes formas de angustia psicológica. Actitudes defensivas y constructivas sobre el propio error como mecanismo de superación.

Autor y Año	Muestra	Resultados
McLennan et al. (2015)	281 anestesiólogos	Impacto: los errores afectan a la ansiedad que se tiene sobre cometer futuros errores (51%), seguridad en su habilidad como médico (45%), consolidar el sueño (36%), satisfacción en el trabajo (32%) y reputación profesional (9%). Las vidas de los encuestados se veían más afectadas cuanto mayor era la severidad del error.
Mira et al. (2015)	1087 profesionales de la salud, 381 profesionales de la salud en atención primaria, 346 profesionales de la salud en un hospital	Respuestas emocionales más comunes: culpa (521;58%), ansiedad (426;49,6%), revivir el evento adverso (360; 42,2%), dudas persistentes sobre qué hacer e inseguridad (284; 32,8%). Consecuencias más comunes para la segunda víctima: preocupación sobre consecuencias legales, daño a su carrera profesional, pedirle perdón al paciente e informar al gerente.
O'Beirne et al. (2012)	53 médicos, empleados de la clínica	Las respuestas emocionales: frustración (48,3%). Vergüenza (31,5%), rabia (12,6%), remordimiento (10,1%) y culpa (5,5%). La probabilidad que un hombre informe sobre algún tipo de frustración, vergüenza, rabia o culpa es mayor que en las mujeres.
Wolf et al. (2000)	402 profesionales de la salud	La respuesta más frecuente al error fue la culpa, preocupación y estar nervioso. También sentían miedo por el paciente, miedo a la acción disciplinaria y miedo al castigo.



#### 2.4.4. Cuadros psiquiátricos

En general los profesionales de la salud que se enfrentan a un evento adverso pueden verse afectados por síntomas tanto a corto como a largo plazo (Boluarte, 2009), suelen sufrir miedo por las consecuencias y preocupación por el riesgo de litigio (Wu, Boyle, Wallace y Mazor, 2013) y algunos abandonan sus profesiones por completo o incluso se suicidan (Sanalfelt et al., 2011). Son muchos los factores que contribuyen al trauma psicológico, comenzando por el evento en sí (Wu y Stecklelberg, 2012), pero también la reacción del entorno, como la reacción de los compañeros, que pueden ser dañinas y agregarse al trauma (Edrees et al., 2011), contribuyendo a la aparición de patologías psiquiátricas concretas.

Así, más allá de la reacción psicológica ante un evento adverso, la experiencia de las segundas víctimas se ha relacionado con entidades nosológicas concretas en psicología. La experiencia de verse implicado en un error médico contribuye al estrés ya elevado del trabajo médico, exacerbando el mayor riesgo del médico de depresión (Stanton, 2003), abuso de sustancias (Schernhammer, 2004) y suicidio (Schernhammer, 2005).

La reacción inicial en las segundas víctimas causa el trastorno de estrés agudo, con shock, ansiedad, síntomas depresivos, retraimiento social y agitación, agravados por sentimientos de vergüenza, culpa y dudas (Waterman et al., 2009).

Aunque estos síntomas generalmente duran días o semanas, algunas personas van a desarrollar síntomas persistentes similares a los del trastorno de estrés postraumático, incluidos recuerdos retrospectivos, evitación de situaciones asociadas y alteraciones del sueño (Mira et al., 2015). Así, para algunos profesionales sanitarios, el impacto emocional persiste causando una enfermedad psiquiátrica potencialmente incapacitante, como el trastorno de estrés postraumático (Hewet, 2001).

Hay una serie de síntomas que son característicos de la experiencia de segunda víctima en particular, a diferencia del trastorno de estrés postraumático general como son: las dudas en relación a si informar a sus responsables y a los pacientes sobre el suceso, el miedo a las consecuencias legales derivadas del acontecimiento y a la repercusión que podría derivar a nivel profesional (Mira et al., 2015).

#### 2.4.5. Consecuencias laborales

Las consecuencias de ser una segunda víctima son múltiples y de larga duración. Van Gerven et al. (2016) realizaron un estudio cualitativo fenomenológico en que entrevistaron a 31 médicos, enfermeras y comadronas y describieron las consecuencias tanto personales,



como profesionales y familiares que sufren las segundas víctimas implicadas en evento adverso:

- A nivel personal: la respuesta emocional determina que se sientan solos, culpables y experimenten las emociones negativas ampliamente descritas en el apartado previo de esta tesis. El profesional se avergüenza de sí mismo y se siente descontento por lo ocurrido. Es posible que aparezcan consecuencias de ansiedad, estrés, negación de lo ocurrido, estado de shock, desesperanza, tristeza, ataques de pánico, impotencia, enfado o frustración. También pueden sufrir flashbacks (reviviendo la ocurrencia del evento adverso), síntomas de depresión, agotamiento y sobrecarga en el trabajo por lo ocurrido, “síndrome de burnout”, cambios de personalidad y cambios de humor. También pueden aparecer síntomas físicos como insomnio, cefalea, vómitos, llanto incontrolado, dolor de estómago, pérdida de apetito y de peso, nerviosismo y estrés junto con agitación, taquicardia e hipertensión. En un caso extremo de la muestra de Van Gerven, se describe que un profesional sufrió un infarto de miocardio.
- En el ámbito profesional: la respuesta emocional puede conllevar una disminución en la resiliencia del profesional y esto significa una disminución de la capacidad del mismo para sobreponerse de manera positiva al evento adverso acontecido y a las diferentes situaciones complicadas que pueda afrontar en su día a día. También es posible que aparezca una pérdida de confianza en sí mismo y en su capacidad profesional, inseguridad ante las decisiones, apatía en relación al trabajo, estrés y aislamiento tanto personal, como profesional y familiar.

En el ámbito profesional aparece el miedo a no poder ejercer su profesión debido al sentimiento de incapacidad, pudiendo llegar a producirse el cambio de actividad, de servicio o de hospital, por otro que demande menos responsabilidades que el anterior o incluso el abandono de la profesión de forma temprana.

Sin embargo, la respuesta mental del profesional puede ser tanto positiva como negativa. Las respuestas positivas están determinadas por el aprendizaje del error cometido, alcanzando una mayor concienciación sobre la responsabilidad de sus actos y su profesión, tomando más medidas de precaución y prevención y consiguiendo una actitud más crítica. En conclusión, el profesional adquiere una actitud de prudencia. Las respuestas negativas se caracterizan por las repercusiones negativas ya descritas, con una pérdida de concentración en el trabajo, el miedo al futuro por las posibles consecuencias legales y profesionales que pueden derivar del evento adverso en el que se han visto implicados, el miedo a la pérdida de prestigio, se ven empujados a la práctica de la medicina defensiva y desarrollan una actitud de desconfianza.



- En la vida familiar: puede aparecer tensión en relación con su pareja, hijos y padres debido a las consecuencias de los sentimientos y emociones negativas, anteriormente mencionadas, que se provocan en el profesional al verse involucrado en un evento adverso.

La literatura describe ampliamente el deseo de renunciar a su puesto de trabajo o incluso su profesión en las segundas víctimas. La experiencia del evento adverso conlleva una reducción de la autoconfianza, insatisfacción laboral y pensamientos sobre renunciar a su campo profesional por completo (Rassin, Kantin y Silner, 2005; Waterman et al., 2007; Lander et al., 2006 y Ullström et al., 2014).

La angustia de las segundas víctimas puede llevar al deseo de renunciar al puesto de trabajo o darse de baja durante un tiempo innecesario, por lo tanto, tiene consecuencias para los trabajadores sanitarios, sus organizaciones y el sistema en su conjunto. Burlison et al. (2016) evaluaron la relación entre la angustia de las segundas víctimas y las consecuencias en el ámbito profesional: concretamente las intenciones de renunciar y el absentismo laboral. Los resultados de este estudio, relacionan la angustia de la segunda víctima con resultados negativos en el ámbito laboral y apuntan al apoyo de la organización como mediador. Es decir, la angustia observada en las segundas víctimas, las intenciones de renunciar y el absentismo laboral estuvieron condicionados por una percepción de un deficiente apoyo por parte de la institución. Entre los tres componentes de apoyo organizacional, el apoyo de los compañeros fue el más fuerte contribuidor a la relación mediada. Estos hallazgos confirmaron el importante rol que desempeña el ambiente de trabajo en la recuperación tras los efectos adversos y apoya al diseño de programas que se focalicen en los compañeros como mecanismo de apoyo (Scott et al., 2010). En conclusión, se establece una relación entre la angustia de las segundas víctimas y las consecuencias negativas en el ámbito laboral, además demostrando que estas relaciones están mediatizadas por los mecanismos de apoyo organizacional disponibles (Burlison et al., 2016).

Los estresores emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo prolongado, producen agotamiento, despersonalización y una sensación de ineficacia. La exposición repetida a situaciones estresantes aumenta la probabilidad de agotamiento y consecuentemente la probabilidad de abandonar el puesto de trabajo, aparecen trastornos de estrés, agotamiento, cinismo, una sensación de ineficacia, aumenta la rotación de personal y puede generar una atención negativa del paciente (Sabo, 2011). Estos elementos pueden contribuir a su vez a los errores en la asistencia y se ha apuntado a múltiples factores implicados, como podría ser la insatisfacción a las condiciones del trabajo, una inadecuada selección de los profesionales y una deficiente dirección del personal sanitario o un desgaste continuado por el estrés prolongado en relación con el





denominado síndrome de “burnout”. El síndrome de burnout se define como “*un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y de rendimiento personal mermado que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas*” (Castillo, 2001).

Ortega (2004) enunció el interés del síndrome de burnout por cuatro razones:

1. Afecta a la moral y al bienestar psicológico del personal implicado.
2. Afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes.
3. En el aspecto laboral tiene consecuencias como la reducción de la productividad, conflictos laborales, baja implicación laboral, aumento del índice de accidentes, absentismo laboral y situaciones que causan pérdidas económicas para la organización.
4. Afecta a nivel personal, implicando manifestaciones como la baja autoestima, dificultades de concentración, comportamientos agresivos en relación a sus compañeros y a los pacientes, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales, taquicardias y el aumento en el consumo de café/tabaco/ alcohol y fármacos que acaba generando problemas tanto en la salud pública como en la salud laboral.

Es evidente que la práctica de los profesionales sanitarios se desarrolla bajo altas cargas laborales, que con el transcurso del tiempo puede derivar en consecuencias sobre su salud como podría ser el síndrome de burnout. Si bien, el síndrome de burnout no solo afecta a la salud del profesional sino que puede involucrar de forma directa a la atención que se ofrece a los pacientes y los profesionales sanitarios afectados de síndrome de burnout tienen mayor riesgo de cometer un error médico y esto acaba originando un círculo vicioso en el profesional sanitario (Jiménez et al., 2018).

Se han identificado una serie de medidas para disminuir el síndrome de burnout que son aplicables a los profesionales de salud y a otros profesionales (Grau, Álvarez y Sánchez, 2017): reducción de horarios excesivos, asignación equitativa de las cargas de atención médica, adecuada supervisión en el proceso formativo, disminuir las cargas administrativas sobrantes, generar ambiente social independiente de las horas laborales, incentivar una buena nutrición y la realización de deporte, realizar sesiones de forma periódica para manejar el estrés, promover el desarrollo profesional y establecer de forma clara los roles de cada profesional y evitar el estrés derivado de ello.

En un estudio realizado por Jiménez et al. (2008), el cual se basó en administrar el cuestionario realizado por Mira et al. (2016) a un total de 20 profesionales, se concluyó que las consecuencias después de un evento adverso que más afectan a los profesionales sanitarios son de tipo emocional (sentimientos de culpa, pesimismo, cansancio, ansiedad,



trastornos del sueño y dificultades de concentración) en comparación con los de tipo conductual (baja laboral, traslados en el lugar de trabajo y abandono profesional). En relación al síndrome de burnout, los médicos fueron el colectivo que presentó mayores niveles en comparación con otros profesionales sanitarios, no solo en las puntuaciones generales sino también en las subescalas compuestas por el agotamiento personal y despersonalización. Si bien, no todos los profesionales sanitarios padecen el síndrome de burnout (Jiménez et al., 2008).

Prácticamente todos los profesionales de atención médica que experimentan daño o pérdida del paciente (la primera víctima) se sienten devastados y etiquetados, angustiados y presentan pensamientos perseverantes sobre el evento, dudan en tener conversaciones con sus compañeros y se cuestionan su competencia incluso después de años. Temen la ira del paciente y el desprecio de la familia, se lamentan y continúan sintiéndose atormentados (Wu, 2000).

Este evento que altera la vida puede conducir a un estancamiento profesional, lo que puede dejar a un profesional competente incapaz de trabajar de manera adecuada o de desarrollar todo su potencial debido al miedo a experimentar otro evento adverso (Decker, 2013).

La segunda víctima no solo se ve a sí misma como un problema, sino que también la organización (tercera víctima) puede no querer tratar los problemas de la segunda víctima. Ya hemos abordado que la experiencia de la segunda víctima puede avanzar hacia abandonar, sobrevivir o prosperar (Scott et al., 2009), pero necesitamos más investigación en la materia para ayudar a comprender por qué algunos profesionales prosperan y vuelven al trabajo fuertes y resistentes y por qué algunos se inclinan hacia resultados como el estancamiento profesional, el abandono o, en el peor de los casos, el suicidio (Decker, 2013).

La opción de abandono probablemente es en parte la consecuencia de las barreras creadas por los sentimientos severos de culpa y vergüenza de la segunda víctima, que conducen al abandono profesional y la incapacidad para enfrentar el marco ocupacional necesario. Las instituciones y los profesionales individuales deben reconocer a la segunda víctima, incluidos los posibles impactos personales, profesionales y organizacionales agudos y posteriores. No mejorará la seguridad del paciente si no se aborda el fenómeno de la segunda víctima y los errores sociales e institucionales podrían potencialmente mitigarse al comprender mejor la experiencia vivida de la segunda víctima (Daniels y McCorkle, 2016).



Van Gerven et al. (2016) realizaron un estudio con una muestra de 5.788 trabajadores de la salud, 20,6% eran médicos y el 79,4% eran enfermeras. Se realizó un cuestionario estructurado que debían responder y se basó en facultativos que trabajaban en Hospitales agudos y psiquiátricos de Bélgica. El 9% de la muestra en este estudio estuvo involucrado en un incidente de seguridad del paciente durante los últimos 6 meses. La implicación en un incidente de seguridad del paciente se relacionó con una mayor probabilidad de uso problemático de medicamentos, consumo excesivo de alcohol (entre enfermeras), riesgo de agotamiento (burnout), mayor interferencia del trabajo al hogar y mayores intenciones de rotación. El grado de daño que produjo el incidente de seguridad en el paciente fue un buen predictor de uso problemático de medicamentos, riesgo de agotamiento y afectación en el hogar, pero no de consumo excesivo de alcohol o intenciones de abandonar la profesión. Los médicos y los profesionales de la salud más jóvenes informaron más incidentes que, respectivamente, las enfermeras y los profesionales de la salud de mayor edad.

De hecho, los médicos emprenden acciones de mayor riesgo que las enfermeras y suelen tener que asumir la responsabilidad final cuando se cometen errores bajo su supervisión. Además, los profesionales de la salud más jóvenes tienen menos experiencia (por ejemplo, habilidades de diagnóstico y toma de decisiones) y, por lo tanto, pueden ser más propensos a cometer errores (Lewis, Baernholdt y Hamric, 2013). Los estudiantes de profesiones de atención médica deben ser conscientes de que los incidentes ocurren con regularidad y, por lo tanto, deben estar preparados para su primer incidente de seguridad del paciente (Hall y Scott, 2012).

Al margen de los problemas relacionados con el abandono de la profesión, con el burnout u otros factores ocupacionales, el fenómeno de la segunda víctima impacta negativamente en la calidad de asistencia que se dispensa. El impacto de la experiencia puede tener repercusiones en la seguridad de los pacientes ya que, después de ser una segunda víctima, la posibilidad de cometer un error médico es más elevada (West et al., 2012). El factor del apoyo de la organización al profesional sanitario después de un evento adverso es crucial para la recuperación del sanitario y obligado cuando hay un compromiso firme con la calidad de la asistencia.

Así, la participación en un incidente de seguridad del paciente y el daño al paciente están relacionados con resultados clínicos adversos. Esto se alinea bien con la Teoría de la Conservación de los Recursos, que establece que la pérdida de recursos provoca estrés y más pérdidas de recursos en múltiples dominios (por ejemplo, falta de confianza, afectación en el hogar). De hecho, los médicos y las enfermeras involucradas en un incidente de seguridad del paciente pueden sentir que no lograron ejecutar con éxito su



trabajo (pérdida de recursos), lo que puede tener graves consecuencias tanto en el ámbito personal como en el profesional. Los profesionales de la salud que se sienten responsables de un incidente de seguridad del paciente pueden entrar en un círculo vicioso de pérdidas al experimentar consecuencias negativas, como el uso problemático de medicamentos y el agotamiento, que a su vez a menudo resultan en una atención subóptima del paciente y mayores probabilidades de errores futuros (Boluarte, 2009).

Los resultados descriptivos de Van Gerven et al. (2016) revelaron un uso menos problemático de medicamentos, consumo excesivo de alcohol y riesgo de agotamiento en los incidentes de seguridad del paciente mortales en comparación con los incidentes de seguridad del paciente que causan daño permanente (pero no en comparación con aquellos que no causan daño y daño temporal). Esto probablemente se deba al pequeño tamaño de la submuestra de incidentes que causaron la muerte, pero también puede reflejar verdaderas diferencias.

En atención a estos datos, las organizaciones de atención médica deberían desplegar más recursos para ayudar a los empleados a hacer frente a los incidentes de mayor gravedad, los denominados eventos centinela (Conway et al., 2011). El evento de la muerte de un paciente refleja una situación completamente irreversible, en la que el profesional de la salud no puede hacer nada para minimizar el impacto de lo acontecido, lo que puede conducir a problemas psicológicos.

El estudio de Van Gerven et al. (2016) ofrece una contribución importante sobre los efectos negativos de los incidentes de seguridad del paciente en los profesionales de la salud. El lapso de tiempo entre estar involucrado en un incidente de seguridad del paciente y la notificación de consecuencias negativas se limitó a 6 meses, por lo tanto, el sesgo de recuerdo se minimizó. Sin embargo, podemos esperar que la prevalencia informada de participación en los incidentes de seguridad del paciente sea solo la “punta del iceberg”, así como estimar una prevalencia mayor cuando se usan marcos de tiempo más largos.

En resumen, los errores humanos que resultan en incidentes de seguridad del paciente ocurren de manera regular, y los profesionales de la salud involucrados experimentan consecuencias personales y profesionales negativas. A la luz de la actual escasez ocupacional, estos son hallazgos importantes en el contexto de la gestión, la política y la educación de la atención médica. Se necesita una respuesta institucional adecuada y organizada para reducir los incidentes de seguridad del paciente y restringir sus efectos negativos en los médicos involucrados, pues no atender a las segundas víctimas supone un riesgo significativo para sus futuros pacientes.



## 2.5. El síndrome clínico judicial

### 2.5.1 Contexto

En los últimos años se ha registrado un aumento sustancial de disputas legales relacionadas con los servicios médicos a nivel internacional, aunque en nuestro entorno exista estabilidad al respecto (Arimany-Manso et al., 2013). Este aumento en las reclamaciones puede tener implicaciones importantes para la calidad de la atención médica (Charles, Pyskoty y Nelson, 1988). Las causas de este hecho se pueden encontrar en varias circunstancias. Las expectativas sociales en el tratamiento recibido se han vuelto más altas y se ha generalizado la sensación de que la medicina es una ciencia exacta, por lo tanto los eventos adversos solo pueden deberse a un defecto en la praxis de los médicos. Combinados estos factores tienen un fuerte impacto en el médico, no solo como profesional sino también como ser humano. Es evidente que la medicina no es un proceso matemático, pues es necesario el papel del médico, con su trabajo intuitivo e inductivo, y siempre existe la posibilidad de que aparezcan complicaciones (Pellino y Pellino, 2015).

La primera víctima de un evento adverso es, por supuesto, el paciente, pero es un hecho que cometer un error afecta incluso al autor del mismo y también existe afectación ante la producción de un daño aunque no haya error. Tal y como ya hemos explicado, estas personas han sido descritas como las segundas víctimas, pero todo esto se incrementa aún más si implica una reclamación, demanda o denuncia (Pellino y Pellino, 2015). Tras un evento adverso las segundas víctimas describen el miedo al litigio y a las sanciones. Surge la preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional, los problemas de concentración, el miedo a la pérdida de prestigio profesional y a las consecuencias legales (Jiménez, Alayola, Mancebo y Campos, 2018). Todas las emociones negativas descritas en la segunda víctima de un evento adversos pueden verse prolongadas y aumentadas dramáticamente en al obligar al profesional sanitario involucrado a revivir eventos y sentimientos negativos durante meses o años por el procedimiento judicial inherente a las reclamaciones por responsabilidad profesional (Hewet, 2001).

El sistema de responsabilidad civil y penal profesional médica, tiene dos objetivos básicos según Young et al., (2012): compensar a víctimas de errores médicos y actuar como un freno para las prácticas inseguras, identificando y apartando a los profesionales que no son adecuados y consiguiendo mejorar la calidad de la medicina.

Sin embargo, al margen de estos objetivos loables, el litigio por responsabilidad profesional médica es conocido por ser traumático para todas las partes involucradas (Vincent, 1999). El efecto del trauma, derivado de la situación, afecta emocionalmente al sujeto y repercute



negativamente en los diferentes ámbitos de la vida del profesional sanitario. Altera la esfera laboral, causando una pérdida de reputación profesional, produce desconfianza en sus propias habilidades, lo lleva a ausentarse y en ocasiones a dejar de ejercer. También afecta a sus vínculos personales, a su trato con los pacientes y llega a afectar a la forma de autoperibirse (Portela et al., 2018).

La culpa, la frustración, el sufrimiento emocional y físico se puede acrecentar por un procedimiento largo, costoso y público. El resultado es una disminución de la productividad, debido al estrés y en consecuencia se provoca daño a todas las instituciones de salud (Panella et al., 2014).

En la medicina actual, se observa un cambio sustancial entre la relación médico – paciente y esto provoca en el facultativo que esté constantemente sometido a diferentes circunstancias que modifican su forma de trabajar. A día de hoy, existen un gran número de problemas en el área de la asistencia sanitaria, como los descritos por Young en E.E.U.U.: disminución de los tiempos de atención, modificación de forma unilateral de los horarios, problemas con la remuneración pero también cambios en el escenario de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica que pueden causar en los médicos sensaciones de desamparo y sobreexposición. En la comunidad médica existe la idea de que además de que progresivamente se pierde en tiempo y confianza con el paciente, se produce en la sociedad una tendencia a cuestionar los actos médicos en el ámbito judicial (Young et al., 2012).

Precisamente se han descrito como factores predisponentes al cuadro de afectación psíquico que más adelante describiremos: las condiciones de trabajo, las presiones de los financiadores, el exceso de horas de trabajo, la falta de explicaciones hacia los pacientes, la inadecuada relación médico-paciente-familia-institución, la falta de consentimiento informado y la ausencia de participación de la familia en el tratamiento. Además los profesionales aceptan trabajos con baja remuneración económica, asumen responsabilidades asistenciales no adecuadas con el nivel de preparación científica y en un sistema de salud que obliga a un tiempo reducido por consulta (Young et al., 2012).

Estos mismos autores, afirman que el factor desencadenante del cuadro de malestar psíquico, al margen de esos factores contribuyentes, es la reclamación judicial, debido a que desde el inicio ésta causa en el médico angustia e incertidumbre que va aumentando mientras se desarrolla el proceso, tanto por la llegada de forma sorpresiva de la notificación como por el miedo que genera el desconocimiento del léxico judicial, el cual en muchas ocasiones es violento por ambas partes del litigio. La causa judicial engloba no solo la palabra escrita u oral, sino todo lo relacionado con el proceso y que el médico no comprende, afectando dicha situación no solo al médico sino a su núcleo familiar también.



La duración del proceso es extensa e incluye incidentes procesales incomprensibles (Hurtado, Hernán, Iraola y Rodríguez, 2006).

Hay una serie de factores agravantes que conllevan un mayor impacto psíquico del proceso de la reclamación (Young et al., 2012 y Hurtado et al, 2006):

- Pacientes o familias conflictivas.
- Actitud errónea o de alta necesidad (negación, soberbia) del equipo de salud y sus organizaciones de actuar en sistemas de salud perversos.
- Difusión que incita a los juicios en el propio medio laboral.
- No documentar todo en la historia clínica.
- Pérdida de confidencialidad de los registros médicos.
- Alta publicidad que se da en los medios de comunicación a episodios que se encuentran en el inicio del proceso y de los cuales falta mucho para tener una sentencia firme.
- Desconocimiento de las leyes de ejercicio profesional.
- Desconocimiento del comportamiento ético.
- Desconocimiento de los derechos de los enfermos.

Por último, el grado de vulnerabilidad del médico se considera que está también relacionado con los hábitos personales (dieta, deporte, horas de sueño, etc), niveles de estrés laboral y el grado de contención familiar (Young et al., 2012).

## 2.5.2 Concepto

La reclamación impacta en la vida del profesional, generando una crisis. Caplan, referente en psiquiatría comunitaria, define la crisis como "un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas". La sensación de ser superado por la situación, que puede acabar en una renuncia masiva al proyecto vital, en el caso de una crisis generada por una reclamación por responsabilidad profesional, puede conllevar una renuncia en lo laboral. El estado de crisis está limitado en tiempo, se manifiesta por un suceso que lo precipita, sigue patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos, dependiendo de muchos factores (gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo y de apoyo...). Las cuatro etapas que describe Caplan para las crisis, aplicadas al proceso de reclamación por negligencia se detallan a continuación (Larson y Elliott, 2010):

1. El impacto: se inicia cuando se recibe la citación, y se caracteriza por los abrumadores sentimientos de entumecimiento e incredulidad del profesional.





2. La desorganización: es la constatación del profesional de que la crisis no va a desaparecer. Las quejas somáticas pueden manifestarse como trastornos gastrointestinales y dolores de cabeza. Los síntomas psicológicos incluyen vergüenza, ansiedad y depresión. Otra característica común dentro de la desorganización es la repetición, donde el profesional reproduce mentalmente los eventos en la fecha de ocurrencia.
3. La recuperación: se manifiesta cuando el profesional emplea herramientas de afrontamiento saludables y comienza a sentirse como él o ella se encontraba antes de recibir la citación por negligencia.
4. La reorganización: es la fase final y se da con la finalización del proceso judicial y transformando la vivencia en una experiencia de aprendizaje, por mucho que el resultado haya sido desagradable o disruptivo (Bushy y Rauh, 1993).

En el año 2005 se realizó un estudio sobre 64 profesionales de salud que habían sido demandados por responsabilidad profesional médica y los resultados fueron los siguientes (Kekliklián y Nassif, 2005):

- Estar implicado en un procedimiento judicial causa daño psíquico, físico y social a los profesionales.
- Se considera la demanda como una “noxa” que puede afectar al profesional de la salud.
- Los profesionales que reciben demandas absurdas por mala praxis padecen mayor sintomatología que aquellos demandados por una real mala praxis. Quien no cometió la mala praxis siente que la acusación es ilógica e injusta y por tanto le resulta más difícil adaptarse a lo que percibe como irracional.
- En el 61% de los casos existe daño físico causado por la demanda. Dentro del daño físico, en más de la mitad de los casos, la afectación es cardiovascular y en un 40% de los casos de daño físico se encuentran dos o más patologías físicas evidentes.
- En el 100% de los casos existe daño psicológico de forma permanente o transitoria causado por la demanda o reclamación.
- Se observan cuadros característicos de estrés postraumático, ataques de pánico e inicio o aumento de psicofármacos (predominando los ansiolíticos y los antidepresivos).
- El 84 % de los profesionales demandados sufren objetivamente daño social causado por la demanda o la reclamación. La totalidad considera que el daño será irreversible aunque en el juicio se pruebe su inocencia.

La situación de afectación psíquica por la reclamación puede volverse crónica e irreversible, y puede dar lugar al Síndrome Clínico Judicial, que es una “serie de síntomas que afectan la salud de un individuo, en este caso un cuidador, sujeto a procedimientos legales, desde





su inicio (presentación de la reclamación, citación y notificación del procedimiento), durante las etapas posteriores (reuniones, audiencias, fallos, apelaciones, etc.) y después de su conclusión. Incluye todas las alteraciones físicas, psicológicas y de comportamiento que pueden ser causadas en el médico como resultado de los eventos legales en los que él o ella está involucrado”. Este “síndrome” fue descrito por primera vez en 1993 por Elías Hurtado (Hurtado, Gutiérrez, Iraola y Rodríguez, 2006), quien observó los efectos en un médico al enfrentarse a procedimientos legales y observó también las consecuencias después de las conclusiones legales. El estudio tuvo en cuenta todos los cambios físicos, psicológicos y de comportamiento en los médicos.

Por tanto, el Síndrome Clínico Judicial se define como “todas las alteraciones que modifican el estado de salud de un individuo que se ve sometido a una situación procesal desde un inicio (citación y demanda), durante sus distintas etapas (conciliación, mediación, juicio y sentencia) y/o después de haber concluido. Engloba a todas las alteraciones físicas, psíquicas y morales que se pueden producir” (Young et al., 2011).

En relación al concepto, se utiliza el término síndrome para hacer mención al conjunto de síntomas que forman el cuadro de la enfermedad. El término clínico muestra la intención de resaltar las múltiples y diversas afectaciones a la salud de los involucrados y el término judicial hace referencial marco en el cual se presentan dichas alteraciones debido a que suceden en el contexto de un proceso judicial (Young, Finn, Pellegrini, Bruetman, Young y Trimarchi, 2012).

Se pueden identificar algunos factores predisponentes, como el estado de ánimo personal y los hábitos de estilo de vida, pero el factor desencadenante es la acción legal, que tiene un impacto negativo en el estado mental del médico y esto causa un estado de ansiedad y depresión durante los procedimientos judiciales (Santoro, 2015).

Se debate si el Síndrome Clínico Judicial puede describirse como un síndrome real o con entidad propia, pero no se discute su relevancia. Hay que ser consciente que la medicina es una profesión sensible y se basa en la confianza entre facultativo y paciente. Al margen de las consecuencias importantes de este problema en relación al aseguramiento y a la responsabilidad económica del evento, los rumores negativos se propagan incluso en el lugar de trabajo y, a veces, el impacto negativo es exagerado por la notoriedad dada al evento por los medios de comunicación. Lo más importante es que si los pacientes no confían en los médicos que los visitan pueden ser reacios a proporcionar información importante en la anamnesis, o negarse a recibir un examen clínico preciso (Pellino y Pellino, 2015), quedando gravemente perjudicada la asistencia sanitaria en su conjunto.



### 2.5.3. Manifestaciones

El médico puede vivir la reclamación de formas muy diversas. Como un error causado por su falta de competencia, generando una falta de autoestima, pero también como algo externo, producto de la excepcionalidad de las circunstancias, de la mala suerte, del agotamiento por las exigencias laborales o emocionales, de un defecto organizativo o incluso del azar. Todo ello dependerá de la personalidad del médico, su autoexigencia, su resiliencia, su obsesividad, según su tolerancia a la incertidumbre y según el apoyo que reciba (Agrest, 2012).

Las consecuencias dañinas de una demanda afectan tanto al paciente como al médico, siendo éste último muy perjudicado debido a que se enfrenta al sistema judicial y además en algunos casos al “linchamiento social”. Al médico en ocasiones se le ha juzgado como culpable antes de que se haya emitido sentencia. La huella individual más destacada es la afectación a la autoestima (Martín del Campo, Valencia y Pacheco, 2014).

El factor desencadenante o causal del Síndrome Clínico Judicial es el procedimiento judicial, debido a que desde el inicio del mismo produce en el médico angustia e incertidumbre que se van incrementando a medida que se desarrolla el proceso y además va acompañado de un contexto que le resulta difícilmente comprensible (Hurtado et al., 2006).

Las características del Síndrome Clínico Judicial dependen no sólo del evento judicial sino también de la personalidad del médico y de la contención personal, familiar y laboral de cada sujeto, lo cual delimitará la sintomatología principal. Hay médicos que no se ven afectados por el proceso, pero la gran mayoría presentan sintomatología compatible con un cuadro de estrés agudo o crónico. Los síntomas se relacionan con las diferentes etapas del proceso y, si bien predomina el temor y la incertidumbre, hay una serie de manifestaciones principales y que se suelen superponer y potenciar (Young et al., 2012 y Hurtado et al., 2006):

- Alteraciones orgánicas: asma bronquial, úlcera gástrica, hemorragia digestiva, hipertensión arterial, infartos, migrañas, dermatopatías, alteraciones en el tránsito intestinal, agotamiento físico, etc.
- Alteraciones psicológicas: angustia, ansiedad, depresión, ideación paranoide, inestabilidad emocional, irritabilidad, disfunción sexual, insomnio, etc.
- Alteraciones conductuales: bloqueo intelectual, frustración moral, despersonalización, baja autoestima, trastornos de conductas personales y afectación a la relación familiar y/o social; modificando la relación entre médico – paciente, médico – familia, médico – médico y médico – institución.



A continuación se especifica un cuadro resumen elaborado a partir de los datos aportados por los autores anteriormente mencionados:

Síntomas físicos	Síntomas psíquicos	Manifestaciones conductuales
Asma bronquial	Angustia	Aislamiento
Hemorragias digestivas	Ansiedad	Conductas disruptivas
Infarto de miocardio	Depresión	Dificultades relacionales
Hipertensión arterial	Ideación paranoide	Consumo de tóxicos
Cefalea	Inestabilidad emocional	Alteración de la relación médico – paciente
Accidente cerebrovascular	Irritabilidad	Medicina defensiva (evasiva, insuficiente y/o excesiva)
Diarrea	Disfunción sexual	
Enfermedades dermatológicas	Insomnio	
Inmunodepresión	Bloqueo mental	
Fatiga	Ideas obsesivas	
	Sentimientos de frustración	
	Despersonalización	
	Pérdida de autoestima	

(Arimany, Vizcaíno y Gómez – Durán, 2018)



Algunos médicos acusados logran mantener un estado de equilibrio suficiente, sin ningún síntoma externo visible o admitido, pero la mayoría informa de estrés agudo o crónico, con síntomas clínicos complejos combinados, en diversos grados, con cambios físicos, psicológicos y de comportamiento (Santoro, 2014).

El impacto emocional en los facultativos tras recibir la reclamación fue subrayado por Charles et al. (1985) y sus componentes fueron clasificados y descritos como:

- Autoimagen negativa: el 41,2% tenía sentimientos de incompreensión, el 34% se sentía frustrado, el 31,4% sentía una afectación en su confianza, el 27,3% sentía una disminución en su autoestima y el 14,4% sentía vergüenza.
- Aislamiento: el 31,4% tenía sentimientos de soledad ante el esfuerzo de defenderse pero solo un 10% buscaba el apoyo de sus compañeros.
- Impacto emocional: más del 50% presentaban rabia, tensión interna, frustración, ánimo depresivo, insomnio e irritabilidad. El 26,6% durante más de 2 semanas. Hasta el 39,1% pueden presentar trastorno depresivo mayor y el 20% ansiedad generalizada.
- Otros: identificó dificultades en la concentración, disminución de la libido o del apetito y enfermedades físicas de nueva aparición o agravación de una patología previa.

La literatura apunta a que entre el 88,7% y el 97% de los facultativos padecen algún tipo de daño psicológico después de una reclamación (Fileni et al., 2007 y Charles et al., 1985). Fileni et al. (2007) observan que la sintomatología más recurrente es la ansiedad (63,8%), la ira (61%), la desesperanza (39%), la decepción (32,4%), la angustia (32,4%), los sentimientos de humillación (19%) y los sentimientos de culpa (10,5%). Charles et al. (1985) describen la tensión interna, la frustración, el ánimo bajo y la indignación como los síntomas más recurrentes.

El estrés ante una reclamación por presunta negligencia se ha comparado con las etapas del duelo, pero involucra respuestas exclusivas de la medicina. Couch y Thiebaud (2002) enumeran ocho pasos que incluyen conmoción, negación, aislamiento, vergüenza, miedo, ira, depresión y resolución. En su experiencia, el aislamiento, la vergüenza y el miedo aparecen como reacciones únicas en el campo médico. El sentimiento de vergüenza es casi universal para el individuo demandado y no tiene nada que ver con el mérito del caso. Además de estas emociones, está la limitación del acusado a hablar con las personas sobre sus sentimientos. La adhesión literal a los consejos de los asesores legales que pueden recomendar “no hablar con nadie” puede resultar en aislamiento, aumento del estrés y comportamiento disfuncional. Además, el apoyo emocional en forma de comunicación uno a uno es imperativo en la recuperación del individuo demandado.



En cuanto el médico sabe de la reclamación en su contra recorre diferentes etapas conductuales y este cambio emocional se caracteriza por la incertidumbre, la soledad, la desconfianza y el miedo (Hurtado et al., 2006):

1. Etapa de incredulidad, determinada por la negación del evento y la confusión.
2. Etapa de angustia y ansiedad.
3. Etapa de regresión, caracterizada por la desesperación, temor y furia.
4. Etapa de depresión, singularizado por la culpabilidad, impotencia y desasosiego.
5. Etapa de resentimiento, manifestado por pseudoalucinaciones e ideaciones de la situación.
6. Etapa de lucha.
7. Etapa de aceptación.

La forma de presentación en general es de aparición brusca, aguda o sobreaguda, relacionada de forma inmediata al recibir la notificación, pero puede ser progresiva debido a los distintos tiempos procesales o incluso ser tardío aún después de terminar el juicio. La gravedad varía de formas subclínicas a las clínicas y éstas a su vez se expresan por cuadros leves, moderados o graves. Puede permanecer un estado de base de inadaptación, agravándose con una serie de crisis periódicas relacionadas con las diferentes etapas del proceso judicial, en el cual pueden aparecer nuevos problemas en la relación médico-paciente, con la pérdida de anonimato y el miedo al prejuicio de otros pacientes, compañeros y familiares. Las formas más graves pueden causar lesiones no reversibles definitivas, como secuelas orgánicas o psicológicas incapacitantes. La manifestación más grave es la muerte por la evolución desfavorable de un cuadro orgánico o por un malestar significativo de la conducta que lo lleva al suicidio (Hurtado et al., 2006).

En los pacientes con TEPT, el estar involucrados en procedimientos judiciales produce que la defensa psicológica de la evitación se vea frustrada por las entrevistas obligatorias con abogados y consultores, declaraciones y testimonios. Este fracaso de la evitación provoca un resurgimiento de la ideación traumática intrusiva y una mayor excitación (Strasburger, 1999).

El juicio oral causa en el médico un estado de ansiedad e incertidumbre, especialmente en el momento de declarar como imputado, en el que el profesional se enfrenta a los intentos por parte de los abogados de desacreditarlo (Strasburger, 1999).

La culpa y la vergüenza suelen ser los sentimientos principales en la mayoría de los litigios de responsabilidad con un mal resultado que, con o sin error médico real, afecta profundamente a los médicos. Hay un importante impacto negativo en la vida de los médicos que les afecta tanto en su hogar como profesionalmente. Los médicos se sienten



cambiados para siempre por la experiencia judicial (Trent, Waldo, Wehbe – Janek, Williams, Hegefelf y Havens, 2016).

El médico acusado puede desarrollar una preocupación excesiva, considerando como tal aquella que ocupa más del 50% de las horas de vigilia. El médico puede tener dificultades para controlar la preocupación y cuando dura más de seis meses, se caracteriza por ser persistente o crónica. Puede sufrir inquietud, cansancio, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y / o insomnio. Tales síntomas de ansiedad interfieren con la vida diaria del médico tanto en el trabajo como en el hogar. Algunos profesionales desarrollan sentimientos de ira, amargura, conmoción, consternación, culpa, vergüenza, irritabilidad, frustración, desconfianza, soledad, disminución de la autoestima e hiperactividad. El médico puede reaccionar alejándose emocionalmente de sus familiares, amigos y colegas profesionales. El interés en el trabajo, la comida, la recreación y el sexo pueden verse disminuidos. Es probable que el profesional se vuelva más inseguro, que desarrolle inquietudes sobre su capacidad y competencia para tomar decisiones, que ordene compulsivamente pruebas innecesarias en pacientes o incluso piense en cambiar de carrera. El médico puede recurrir al alcohol, o a la automedicación, en un intento de paliar los síntomas y si ya padece una enfermedad médica preexistente estos trastornos pueden exacerbarse o agravarse, causando más síntomas físicos y signos relacionados con los mismos (Sanbar y Firestone, 2006).

El médico que se encuentra en un estado de angustia debe buscar el apoyo, la comprensión y el soporte de los miembros de la familia inmediata, amigos cercanos y compañeros profesionales. En particular, las conversaciones abiertas y sinceras con el cónyuge y tal vez incluso con los hijos, pueden tranquilizar a todos los miembros de la familia. Esto conduce a un mayor apoyo y comprensión de cualquier comportamiento inusual por su parte (Sanbar y Firestone, 2006).

### 2.5.4 Proceso judicial

Para el diagnóstico del Síndrome Clínico Judicial es necesario el antecedente de haber recibido una reclamación puesto que el proceso judicial en sí es la noxa que causa la sintomatología, independientemente de si se llega o no a juicio y del resultado del pleito (Charles, Pyskoty y Nelson, 1988).

Se puede exigir responsabilidad profesional al médico por diferentes vías y, por lo tanto, se enfrentará a diferentes tipos de procedimientos. Al margen de la responsabilidad deontológica y colegial, los médicos son responsables en el ejercicio de su actividad en las esferas penal, civil y contencioso-administrativa. La responsabilidad penal nace de la vulneración de las normas del Derecho público (Código Penal) y la responsabilidad civil de



la vulneración de normas del Derecho privado (Código Civil). Ambas afectan al médico, si bien la compensación del daño o perjuicio producido dependerá de la jurisdicción y podrá suponer privación de libertad, inhabilitación e indemnización económica (penal) o solo una indemnización económica (civil) (Medallo, 2006).

La acción legal es el factor desencadenante, por lo que cada tipo de procedimiento tendrá unas características particulares, pero debemos destacar los siguientes aspectos generales, inherentes al proceso de reclamación (Arimany, Vizcaíno y Gómez – Durán 2018):

- El procedimiento de investigación de lo sucedido asociado a la reclamación puede resultar intrusivo debido a los interrogatorios y declaraciones. Las imprescindibles reuniones, entrevistas y declaraciones en las que participa el médico impiden el mecanismo de defensa de evitación que se activa en un trastorno de estrés postraumático (Strasburger, 1999).
- El juicio oral causa en el médico un estado de incertidumbre y ansiedad, principalmente en el momento de declarar como imputado, ya que se enfrentará a los intentos legítimos de desacreditarlo por parte de los letrados (Strasburger, 1999).

A todo ello, se le suma el carácter prolongado del proceso, durando incluso años e impidiendo que el profesional “pase página” (Reading, 1986). Además, el facultativo desarrolla su actividad laboral en el entorno donde se originó el episodio traumático, pudiendo advertir la asistencia diaria como amenazante (Bub, 2010).

La frustración por los costes financieros y el tiempo requerido para resolver los casos mediante juicio ha llevado a jueces, clientes y algunos abogados a buscar otros foros, como mediación, arbitraje o negociaciones de liquidación. Si aumenta la frecuencia de reclamaciones, aumentará el número de demandantes y demandados que quedarán afectados por su experiencia con el sistema judicial. Es posible que muchas de estas personas busquen tratamiento para su angustia (Strasburger, 1999).

Las quejas formales, los interrogatorios, las declaraciones y el testimonio público son procedimientos intrusivos que agravan los sentimientos previamente causados por el trauma de la reclamación. Un límite personal comúnmente violado es la privacidad normal. La sensación de exposición pública y la vergüenza engendrada por tener que soportar el testimonio en el juicio pueden ser dolorosas más allá de la resistencia (Strasburger, 1999).

Los médicos que se desempeñan mejor emocionalmente en un litigio son aquellos que (Strasburger, 1999):



1. Establecen metas realistas.
2. Mantienen un sentido de control del proceso de litigio.
3. Buscan el apoyo adecuado de al menos una fuente importante (familia, terapeuta, pares, abogado).
4. Aprecian y enfocan la energía en restablecer el equilibrio original de sus vidas independientemente del proceso de litigio.
5. Reconocen y lamentan adecuadamente las pérdidas inevitablemente involucradas incluso cuando el litigio tiene un resultado favorable.

Ante un mal resultado en la asistencia médica, probablemente el médico se culpe mucho antes de que el paciente le comience a culpar. Por lo tanto, el médico ya tiene una herida en la autoestima cuando recibe la reclamación. Cada paso en el proceso legal, aunque aparentemente diseñado para revelar la verdad y servir a la justicia, puede ser percibido por el médico como un intento de demostrar una mala conducta intencional por su parte. Esto estará relacionado con las vulnerabilidades psicológicas del médico acusado, pero también con el nivel de comprensión del proceso legal que logre alcanzar. Así, se han señalado los siguientes cuatro elementos esenciales para una buena gestión del Síndrome Clínico Judicial (Sanbar y Firestone, 2006):

1. Reemplazar misterio con conocimiento.
2. Reemplazar la vergüenza con confianza.
3. Proporcionar información sobre los diferentes participantes del proceso judicial.
4. Proporcionar herramientas y estrategias para combatir el estrés emocional y físico del litigio.

El médico necesita ayuda para reconocer y abordar los temores de estrés por negligencia médica, todos los cuales son apropiados a la situación. Éstos incluyen: pérdida de control, de medios de vida, de reputación, de activos y falta de conocimiento sobre el proceso y los posibles resultados. La educación es la clave para lidiar con el miedo. Se debe incitar al médico a que (Sanbar y Firestone, 2006):

1. Asista a reuniones educativas de apoyo.
2. Lea los materiales disponibles sobre el apoyo al estrés por litigios.
3. Busque el consejo de compañeros experimentados y se documente sobre la negligencia, abogados, consejeros o consultores.
4. Realice preguntas y reconozca que esta no es la esfera de experiencia del médico.

Por último, los demandantes como los acusados se enfrentan a la sensación de que han perdido el control sobre sus vidas, teniendo que delegar la estrategia de defensa y la ejecución en su abogado. Los problemas de poder y control inherentes a la relación





abogado-cliente agravan la sensación de pérdida de control inherente al proceso judicial (Strasburger, 1999). El resultado del proceso no está en sus manos y puede tener que enfrentarse a una condena o incluso a un acuerdo extrajudicial, ante el que deberá entender que no se trata de una admisión de culpabilidad o de error por su parte, y tampoco es algo de lo que avergonzarse, pues existen muchos factores que pueden contribuir a hacer recomendable un acuerdo (Strasburger, 1999).

### 2.5.5 Tratamiento y prevención

La prevención primaria del Síndrome Clínico Judicial se centra en prestar una correcta atención médica, procurando establecer una buena relación médico-paciente, realizar una exhaustiva historia clínica, utilizando documentos de consentimiento informado detallados y ofreciendo una clara información previa. También es esencial una mejor gestión del riesgo, con una buena formación de los médicos incluida en los programas obligatorios de calidad en los centros. Todos los médicos deben actualizarse anualmente en temas correspondientes a la responsabilidad civil y penal, en cursos impartidos por abogados especialistas, pues tener conocimiento y comprender el proceso judicial minimiza el impacto de las reclamaciones (Charles, 1985).

El médico puede obtener un beneficio terapéutico de (Sanbar y Firestone, 2006):

- Participar activamente con el equipo de abogados defensores en la defensa del caso.
- Realizar investigaciones de literatura médica para determinar los matices de la atención médica.
- Prepararse diligentemente para las declaraciones conociendo a fondo los registros médicos y la literatura médica.
- Lidar con las tácticas del abogado del demandante y el tiempo y las dificultades de programación requeridas por los procedimientos legales.
- Aprender sobre el estrés por reclamación por responsabilidad profesional médica y sobre sus efectos en el médico.
- Reconocer que existen conflictos de intereses inherentes entre la aseguradora y el médico.
- Estar preparado para buscar asesoramiento de un abogado privado si se perciben conflictos con la representación de un abogado designado por la compañía de seguros o si las reclamaciones no están cubiertas o si es posible un juicio excesivo más allá de la cobertura.

Respecto al abordaje terapéutico, el médico que padece un Síndrome Clínico Judicial habitualmente no consulta por ello y cuando lo hace es porque hay una afectación orgánica. Su condición de médico frena la petición de ayuda y a la vez se puede sentir



incómodo al ser atendido por un compañero (Studdert et al., 2006). El médico tiene miedo a ser percibido como una persona vulnerable o débil (Bub, 2010).

Una vez que se produce la reclamación y aparece el malestar, los métodos terapéuticos más eficaces son las terapias cognitivas-conductuales y las psicoterapias individuales y grupales (Studdert et al., 2006), sin perjuicio de abordaje psicofarmacológico que pueda ser necesario.

El terapeuta de un litigante se encontrará no solo con el trauma que produjo la demanda, sino también con la angustia y la interrupción del litigio, incluidos los retrasos, la repetición y el revivir el trauma original, y los desafíos a la honestidad y la integridad del profesional durante el proceso. El paciente puede llegar después de años a sentirse frustrado por un sistema judicial muy lento, que no permite al profesional dejar atrás el tema del litigio y “seguir adelante” con su vida (Strasburger, 1999).

Puede ser útil que el terapeuta se familiarice con el proceso legal para comprender el significado de la reclamación y así pueda responder de la forma más adecuada. El conocimiento sobre el proceso puede ayudar al terapeuta a proporcionar aclaraciones al paciente y contener su malestar. Las pruebas de realidad pueden ser útiles para cuando existen ideas distorsionadas sobre el proceso legal. La formación del terapeuta puede incluso implicar las consultas con un abogado experto. Strasburger sostiene que la neutralidad terapéutica no se ve comprometida por acceder a información desde una posición informada (Strasburger, 1999).



## 2.6. Medicina defensiva

Los procedimientos judiciales por presunta responsabilidad profesional médica tienen costes directos e indirectos para la primera, la segunda y la tercera víctima del evento adverso. A continuación analizaremos el impacto sobre la praxis médica de la segunda víctima.

El coste directo de las reclamaciones por responsabilidad profesional engloba los análisis, exámenes, tratamientos, medicamentos, hospitalizaciones y ausencias del trabajo que son las consecuencias inevitables del síndrome clínico-judicial como se describió anteriormente. Un coste indirecto, sería el coste social de la marginación o la abstinencia del individuo o el coste de contratar a un profesional que sea temeroso, apático y con bajo rendimiento. Dicho facultativo se presenta en el trabajo de manera menos continua y con una capacidad disminuida para la toma de decisiones, para el diagnóstico y la actividad terapéutica (Santoro, 2014).

Pero también se considera un coste indirecto la medicina defensiva, entendida como una desviación de la práctica médica sólida que es inducida principalmente, pero no únicamente, por la amenaza de reclamaciones por responsabilidad profesional médica. También ha sido definida como la práctica de solicitar pruebas o tratamientos para proteger al médico ante el paciente. La actitud de un médico hacia la medicina defensiva determina la medida en que se desvía de su comportamiento habitual o de la denominada medicina basada en la evidencia. Esta desviación puede incluir la solicitud de pruebas innecesarias, procedimientos, visitas e ingresos hospitalarios o la evitación de pacientes, procedimientos o servicios médicos de alto riesgo (Panella et al., 2015). Por lo tanto, la medicina defensiva es costosa y puede exponer a los pacientes al riesgo de lesiones por pruebas y procedimientos innecesarios, a la vez que puede negar a los pacientes el acceso a una atención productiva (Ortashi, Virdee, Hassan, Mutrynowski y Abu- Zidan, 2013).

Según un estudio realizado por Fileni et al. (2007) en facultativos reclamados, el 39% de los encuestados manifestaron cambios en su conducta profesional y el 86,65% afirmaron que el riesgo de reclamación por negligencia causa prácticas defensivas. Una encuesta realizada en Pensilvania, EE.UU, en el año 2005 sugirió que hasta el 93% de los facultativos en especialidades de “alto riesgo” de reclamación reconocían la práctica de medicina defensiva (Studdert et al., 2005). Un informe de la Sociedad Médica de Massachusetts (2008) reveló que en Massachusetts el 83% de los médicos practicaban medicina defensiva, sugiriendo que entre el 20% y el 30% de las tomografías computarizadas, radiografías, estudios de ultrasonido y consultas especiales se ordenan con fines defensivos.



Los médicos pueden realizar medicina defensiva para disminuir el riesgo de litigio, y en escenarios como el estadounidense se considera esencial la relación con los aumentos de las primas de aseguramiento sufridos durante años (Panella et al., 2014).

Panella et al. (2014) reportaron que el predictor más destacado para practicar medicina defensiva fue la experiencia de los médicos de ser segunda víctima después de un evento adverso. Este es un hallazgo importante porque puede ser útil para comprender el efecto real de las reclamaciones por responsabilidad médica en cuanto a la medicina defensiva. En estudios previos, las medidas objetivas de la experiencia y la exposición a reclamaciones por responsabilidad de los médicos no se asociaron con la propensión a practicar medicina defensiva (Studdert et al., 2005). Sin embargo, la literatura más reciente muestra cómo la experiencia de ser reclamados por presunta responsabilidad profesional de los médicos es un predictor significativo de la práctica de medicina defensiva (Asher, Greenberg-Dotan, Halevy, Glick y Reuveni, 2012). Esto probablemente se deba al estrés y al coste emocional de estar involucrado en un litigio; de hecho, la mayoría de los médicos que experimentan litigios pierden confianza, sienten vergüenza y se sienten culpables.

Pese a estos resultados Panella et al. (2016) subrayan el hecho de que un médico puede ser una segunda víctima con o sin demanda y sostienen que ser una segunda víctima es un mejor predictor de la práctica de medicina defensiva que la mera experiencia de responsabilidad y exposición, porque mide mejor la ansiedad personal y el coste emocional de los médicos que al perjudicar a sus pacientes, sufrieron por sus propias acciones.

La medicina defensiva a menudo se ve como un medio de autoprotección que se suma a los costes de la atención médica, así como posiblemente compromete los estándares de atención aceptados y el uso de niveles apropiados de recursos. Además, también existe el riesgo de experimentar un ciclo de errores médicos que se perpetúa en sí mismo, lo que lleva primero a sentimientos de duda, luego a una pérdida de autoconfianza e indecisión, y luego a la comisión de errores adicionales. En un momento en que la mejora de la seguridad del paciente se está abordando activamente a través de iniciativas progresivas en “responsabilidad compartida”, es más importante que nunca que cada miembro del equipo de atención se desempeñe al máximo nivel (Macleod, 2014).

Como consecuencia de la medicina defensiva, se podría esperar que los litigios médicos hubieran disminuido a lo largo de los últimos años. Sin embargo, se considera que la medicina defensiva, aumenta el número de exámenes y procedimientos de manera innecesaria, ha contribuido a que los litigios por responsabilidad profesional médica hayan aumentado con el tiempo en muchos países. Existe mucho debate sobre cómo reducir los gastos de la atención médica y, si bien los médicos tienden a creer que la medicina defensiva es la única forma de protegerse de las reclamaciones, los analistas



están preocupados por los costes de esta práctica. Lo que resulta innegable es que las pruebas innecesarias debidas a la práctica de medicina defensiva se han incorporado de alguna manera al estándar de atención (Pellino y Pellino, 2015).

Por último, la medicina defensiva distorsiona enormemente la relación médico-paciente. Si el médico ve al paciente como un potencial demandante, esto dificultará la relación entre el médico y el paciente, además de poder ocasionar una pérdida de la capacidad de iniciativa ante una situación potencialmente complicada. Además, el médico no aceptará pacientes de riesgo o tendrá miedo a equivocarse, lo que puede conllevar a cambiar de especialidad o incluso al abandono definitivo de la práctica profesional (Zuger, 2004).



## 2.7. Estrategias de apoyo y afrontamiento

Una cultura de la seguridad del paciente justa, reconoce una serie de derechos a los sanitarios involucrados en un evento adverso porque hubo fallos en el sistema o/y por un error humano no intencionado, de los que se han destacado cinco, denominados con el acrónimo TRUST (Denham, 2007):

- Un trato justo: no se debe suponer que hay culpa o negligencia o asignar el 100% de la responsabilidad a los sanitarios, sabiendo que existen fallos en el sistema que predisponen a los sanitarios a cometer errores humanos. En una “*Cultura de la Seguridad del Paciente Justa*” se opta por un acercamiento no disciplinario y un trato justo, lo que debe llevar a mejorar el sistema que ha permitido que el error ocurra. También deben abordarse los daños colaterales tanto para el sanitario como para la organización
- Respeto: todos los profesionales de salud pueden cometer errores y son vulnerables a los efectos colaterales. A menudo los profesionales son testigos de errores pero se silencian sus testimonios, lo que les crea angustia y conflictos internos sobre su lealtad hacia pacientes, instituciones y el equipo de trabajo. Los líderes han de animar a sus organizaciones a mantener una actitud de transparencia pero también a respetar a los sanitarios que hayan podido estar involucrados en un suceso adverso, dando ejemplo, sin delegar la interacción con el sanitario que haya estado involucrado en un suceso. Es importante tratar a quien se equivoca con empatía y con el máximo respeto. Es muy importante evitar determinadas actitudes, así en el periodo inmediato al suceso a menudo los profesionales se ven implicados en el llamado ciclo “nombrar-culpar-avergonzar” (*name – blame – shame*) que incumple los elementos más básicos del respeto obligado.
- Comprensión y Compasión: el sanitario necesita tiempo y ayuda compasiva para hacer su duelo. Para ayudar a sus compañeros, los líderes de una organización y demás sanitarios en primera línea, han de entender y conocer los fallos del sistema y han de darse cuenta que la gran mayoría de sucesos que causan daño provienen de factores contribuyentes, mostrando comprensión hacia los implicados.
- Cuidado compasivo: los profesionales sanitarios tienen el derecho de recibir servicios psicológicos, de apoyo y de ayuda. Ha de planificarse un acercamiento sistemático a los profesionales, ofreciendo este cuidado de la manera más profesional y organizada posible, igual que en el tratamiento de un paciente.
- Transparencia y la oportunidad de contribuir: la seguridad de los pacientes mejora si se consigue ser más honestos y transparentes sobre los errores, con los pacientes, los compañeros y con nosotros mismos. Una comprensión más rigurosa de los contratos



éticos y sociales entre los sanitarios y sus pacientes y el ambiente profesional que rodea un error, puede mejorar la probabilidad de que sea reportado. Una de las claves es la identificación de factores institucionales que apoyan la transparencia y reconocen que el error es una parte inevitable de la práctica de medicina. Las mejoras en la seguridad del paciente dependen de la habilidad de los sanitarios para identificar con exactitud, divulgar e informar sobre errores médicos. Pero solo se puede aprender de los errores si se comunican. La transparencia es la base de la prevención de los errores y solo se podrán evitar en un futuro aprendiendo de lo ya acontecido. La puesta en común permite el poderlos trabajar.

Las necesidades de apoyo de los profesionales sanitarios ante un evento adverso han sido ampliamente reconocidas en la literatura científica. Ullström et al. (2014) identificaron dos subcategorías de necesidades post-eventos adversos:

- La necesidad de hablar y recibir apoyo emocional: todos los informantes expresaron la necesidad de hablar en gran detalle sobre el evento adverso. Lo que muchos necesitaban era que otras personas escucharan y mostraran empatía. Aunque la mayoría fueron apoyados por compañeros y familiares, los resultados destacan la necesidad de apoyo y comprensión por parte de su gerente / empleador. Muchos informantes destacaron la importancia del seguimiento por parte de la gerencia. Algunos pensaron que idealmente este seguimiento debería tener lugar más de una vez porque sus necesidades pueden diferir a corto y largo plazo.
- La necesidad de comprender y aprender del evento: muchos expresaron la necesidad de comprender y aprender del evento. Muchos informantes declararon que la comprensión es un requisito previo para aprender de eventos pasados, tanto a nivel individual como organizacional. Algunos describieron la necesidad de hablar sobre las condiciones de trabajo que pensaron, directa o indirectamente, que causaron el evento. Dos de esas condiciones mencionadas fueron la falta de personal y las rutinas deficientes. Estos informantes expresaron especialmente que la investigación realmente no consideró las causas fundamentales del evento adverso. Para algunos informantes, fue especialmente importante que recibieran consuelo profesional y que sus acciones y decisiones fueran confirmadas.

La mayoría de los informantes en el estudio de Ullström et al. (2014), expresaron la necesidad de apoyo después del evento adverso. Se identificaron tres subcategorías relacionadas con el apoyo organizacional, la importancia y el alcance del: (a) apoyo gerencial / institucional, (b) apoyo de pares o *peers* y (c) el proceso de investigación.

Respecto al apoyo gerencial / institucional, cinco de los 21 informantes del estudio de Ullström et al. (2014), indicaron que recibieron el apoyo que necesitaban de la administración



del hospital. La mayoría, sin embargo, informó que el responsable más cercano, gerente o similar representante del hospital no le brindó suficiente o ningún apoyo. La mayoría de los informantes recurrieron a su compañero y / o familia en busca de apoyo, mientras que algunos se mostraron reacios a revelar a otros lo que había sucedido, permaneciendo aislados con sus sentimientos. Algunos estaban decepcionados con su empleador, pero la mayoría señaló esencialmente la falta de estructuras y protocolos para manejar estos eventos y para apoyar al personal. La mayoría describió la falta de discusiones abiertas sobre eventos adversos en el lugar de trabajo. Aquellos que informaron de una visión más positiva del apoyo organizacional generalmente describieron las características personales de su gerente o de su departamento específico. Algunos informantes habían sido remitidos para recibir ayuda profesional, mientras que otros declararon que dicho apoyo debería ser más visible.

Respecto al apoyo de los compañeros, pares o *peers*, la mayoría de los informantes del estudio de Ullström et al. (2014) describió este apoyo como crucial después del evento adverso. La mayoría de los compañeros habían sido empáticos y entendieron que el evento podría haberles sucedido a ellos. Compartir con los iguales sin prejuicios alivió su carga emocional. En aquellos casos en que el apoyo de pares falló, al informante le resultó más difícil hacer frente al evento. Alrededor de un tercio informó que el evento había tenido un impacto negativo en sus relaciones con sus colegas y algunos habían llegado a experimentar tensión e incluso conflictos abiertos con comentarios críticos.

Ullström et al. (2014) afirman que es importante apoyar las necesidades de las segundas víctimas y que resulta esencial centrarse en el apoyo a los facultativos.

Compartir lo ocurrido con otros es importante para obtener el apoyo emocional. Los estudios reflejan la necesidad de las segundas víctimas de tener el apoyo de sus compañeros y entablar discusiones respecto al evento adverso (Deringer y Caligor 2014; Ullström et al. 2014), y afirman que el apoyo colegial fue el más deseado, disponible y que les ofreció consuelo (Pinto et al. 2013). Plews - Ogan et al. (2013) proponen que el apoyo de compañeros y un diálogo sincero que reconozca el impacto emocional es lo más beneficioso y productivo. Los médicos apreciaban los consuelos y “feedback” de profesionales médicos, lo cual contribuyó a sus habilidades de superación (Deringer y Caligor 2014; Engel et al. 2006). Kroll et al. (2008) propuso la necesidad de una relación de supervisión apropiada para aprender de los incidentes.

Las plataformas de aprendizaje constructivo también resultan de utilidad. Kroll et al. (2008) mostraron que las discusiones formales y el “feedback” constructivo maximizaban el aprendizaje del error. Bowers et al. (2006) indicaron que las reuniones de equipo con discusión abierta y una reunión informativa sobre el incidente fueron solo levemente





útiles, pero las conferencias estructuradas fueron evaluadas positivamente por terapeutas y médicos como una plataforma de discusión abierta y constructiva para hablar sobre el error (Engel et al. 2006).

Sin embargo, el médico puede presentar reticencias al apoyo y es importante que el sistema de apoyo aborde las barreras que tiene que superar el médico hasta llegar a recibir apoyo. Estas barreras de acceso al apoyo se identificaron e incluyen la vergüenza y preocupación sobre la confidencialidad (Harrison et al. 2015; Pinto et al. 2013). Otros impedimentos fueron la falta de tiempo, el potencial impacto profesional, y el escepticismo respecto al apoyo institucional (McLennan et al., 2015).

Las características de la cultura de seguridad de la institución resultará esencial para favorecer la obtención de apoyo, un enfoque no punitivo, dirigido a las mejoras sistémicas promueven la búsqueda de ayuda, pero en muchas instituciones se describe la promoción de culpa y un enfoque punitivo hacia los eventos adversos (Pinto et al. 2013). Se recomienda una cultura de seguridad justa y un ambiente no punitivo en instituciones, ya que ayudan a reconstruir el impacto de los eventos adversos los profesionales (De Freitas et al. 2011).

Es importante que las organizaciones de asistencia sanitaria desarrollen sistemas formales para brindar apoyo a profesionales emocionalmente traumatizados por un evento adverso del paciente. Sin embargo, pese a que una parte significativa de los médicos se convierten en segundas víctimas cada año, el manejo efectivo de este problema es deficiente en la mayoría de organizaciones (Seys et al., 2013). En su estudio realizado en Italia observaron que solo 3 de 33 hospitales analizados declararon tener procedimientos oficiales para apoyar a la segunda víctima. Estos autores subrayan la necesidad de implementar procedimientos efectivos para ayudar a las segundas víctimas y sugiere que los costes iniciales podrían revertirse fácilmente, evitando los costes generados a futuro por profesionales afectados como segunda víctima. Al margen de cualquier apreciación ética independiente sobre la necesidad de que los sistemas de atención médica cuiden de sus segundas víctimas, esos programas podrían ser una forma efectiva y sencilla de reducir la medicina defensiva inicial.

El Instituto para la Mejora de la Atención Médica reconoce que muchas organizaciones de atención médica carecen de planes de respuesta ante eventos adversos. Y la implicación de la organización es esencial. Se ha descrito que las medidas de apoyo social mejoran los impactos a corto y largo plazo de los problemas de la segunda víctima, puesto que el apoyo social se considera el factor más importante para determinar si un médico abandonará la práctica, sobrevivirá a la experiencia o, en última instancia, prosperará a partir de las lecciones de experiencia vivida (Daniels y McCorkle, 2016).



Los programas para la recuperación emocional efectiva de una víctima necesitan: un sistema de respuesta rápida (RRS), un compromiso institucional visible del liderazgo ejecutivo y médico para asegurar una infraestructura de apoyo predecible y organizada. También son esenciales la vigilancia activa durante los eventos clínicos de alto riesgo, una cultura de primeros auxilios emocionales básicos inmediatos de pares o *peers* sin formación, el compromiso de pares o *peers* adecuadamente formados y un proceso de derivación rápida para el apoyo clínico profesional. Este apoyo clínico debe convertirse en una parte previsible y esperada de la respuesta operativa de una organización de atención médica a eventos clínicos no anticipados (Scott et al., 2010).

Sin el apoyo emocional inmediato después de un evento, la recuperación y la futura satisfacción profesional de los proveedores de atención médica podrían verse en peligro. Si se aborda de forma adecuada, el fuerte impacto de los eventos adversos podría disminuir y consecuentemente generaría una recuperación emocional saludable (Scott et al., 2010).

En todo caso, es vital que haya un fuerte compromiso institucional con estos programas de apoyo y, aunque pueden implementarse de varias maneras, deben incluir (Marmon y Heiss, 2015):

1. Prevención y mantenimiento de la salud.
2. Respuesta aguda inmediatamente después de un evento adverso.
3. Apoyo y asesoramiento continuo durante el proceso de revisión por pares.
4. Apoyo continuo durante la divulgación a la familia y a través de cualquier acuerdo o compensación que se requiera en el contexto médico legal.

Existe una variedad de soluciones beneficiosas que se pueden aplicar tanto a nivel individual como organizacional. La educación de los profesionales individuales es crucial, ya que prácticamente todos los médicos y enfermeras tendrán la oportunidad de hablar con compañeros después de eventos adversos, brindando apoyo y ayuda (Edrees et al., 2011). Después de un error médico, los médicos necesitan compañeros experimentados que puedan comprender el evento y puedan validar sus procesos de pensamiento y su autoestima. Precisamente por esto algunos modelos utilizan a consejeros formados, que son compañeros que no juzgan y que han recibido capacitación en habilidades de escucha y apoyo y se centrarán en la respuesta emocional de las víctimas y no en los detalles del evento (Scott et al., 2010).

De hecho, aunque los programas de apoyo a segundas víctimas existentes resultan muy variados, existe una preferencia por desarrollar programas institucionales de apoyo entre iguales o de *Peers Support*, así como por una intervención que sea inmediata y transparente (Edrees et al., 2011).



Son muchas las organizaciones que a nivel internacional han desarrollado estructuras de apoyo para trabajadores de la salud que se ven perjudicados emocionalmente después de estar involucrados en un error médico. Se han desarrollado diferentes estrategias que se centran en crear mecanismos de supervivencia para las segundas víctimas, como las de la Universidad de Missouri, la Universidad de Illinois en Chicago, el Hospital Brigham and Women's o incluso organizaciones independientes como el *Medically Induced Trauma Support Services* (Edrees, et al., 2011).

A continuación se detallan los diferentes programas para dar apoyo a las segundas víctimas:

- Programa “For You”: En la Universidad de Missouri, bajo el liderazgo de la directora de seguridad del paciente, Susan Scott, el hospital ha establecido este programa para ayudar a las segundas víctimas. Dicho programa se publicita al personal a través de folletos, carteles y otros medios como recurso para atender a los proveedores de atención médica que atienden a los pacientes. Un grupo voluntario de aproximadamente 50 profesionales de atención médica de múltiples especialidades ha recibido un programa de capacitación de 20 horas para servir como pares expertos para brindar apoyo a las segundas víctimas en sus respectivas especialidades y zonas (Scott et al., 2010).

El modelo integrado de Scott está formado por tres niveles de soporte (Scott et al., 2010).

- Nivel 1. Apoyo local (unidad/departamento): promueve primeros auxilios emocionales básicos en el nivel "local" o departamental. Se estima que hasta el 60% de las segundas víctimas recibirán suficiente apoyo en este nivel. Implica abordar preventivamente a las segundas víctimas potenciales para asegurar que estén "bien" inmediatamente después de un evento clínico crítico que podría evocar una respuesta de la segunda víctima. Los líderes de las unidades individuales y los compañeros de sus respectivos departamentos deben recibir capacitación básica sobre la conciencia y el fenómeno de la segunda víctima, se les proporciona las palabras adecuadas y acciones en los momentos clave que brindan vigilancia y apoyo inicial para las segundas víctimas potenciales, así como proporcionar primeros auxilios emocionales inmediatos cuando se produce sufrimiento. Todos los empleados están entrenados para identificar una segunda víctima y saben cómo proporcionar apoyo inicial (Scott et al., 2010).
- Nivel 2. Compañeros entrenados para apoyar: este nivel medio proporciona orientación y cuidado de las segundas víctimas previamente identificadas. Se



proyecta que este tipo de apoyo y orientación satisfará las necesidades de un 30% adicional de segundas víctimas. Los iguales especialmente entrenados son fundamentales en este nivel como un componente vital de un equipo de respuesta rápida. Estos pares están integrados en los departamentos clínicamente de alto riesgo para monitorear continuamente a los compañeros en busca de signos y síntomas que sugieran una segunda respuesta de la víctima, están equipados para proporcionar apoyo básico instantáneo uno a uno. Cuando sea necesario, los compañeros de apoyo pueden derivar a las segundas víctimas a otros recursos internos, como expertos en seguridad del paciente para recibir apoyo durante las secuelas de un evento y la investigación institucional que sigue o para la gestión de riesgos para orientación y asistencia / apoyo a largo plazo durante las etapas de acción legal. Los compañeros de apoyo también aprenden estrategias y tácticas para activar y apoyar las reuniones grupales cuando un equipo completo se ve afectado por un evento clínico no anticipado. Los compañeros entrenados están educados para llevar a cabo reuniones informativas uno a uno o grupales. Mediante preguntas adecuadas y escucha activa, pueden aportar una asistencia mayor a las segundas víctimas (Scott et al., 2010).

- Nivel 3. Red de derivación acelerada: este nivel debe garantizar la rápida disponibilidad y el acceso a apoyo y orientación de asesoramiento profesional cuando el estrés emocional de una segunda víctima excede la experiencia de los miembros del equipo de respuesta rápida. Se estima que el 10% de las segundas víctimas requerirán este nivel de apoyo y orientación en algún momento después del trauma emocional. La incorporación de personas de nivel 3 como miembros y mentores de los miembros del equipo de apoyo de nivel 2 ayuda a aumentar la experiencia y la comprensión del trauma emocional profundo. Estos mentores pueden facilitar y apoyar a los miembros del equipo de respuesta rápida de Nivel 2 a medida que guían a las segundas víctimas a lo largo de las diversas etapas de recuperación. Un elemento importante para el soporte de Nivel 3 es la capacidad de proporcionar una fuente de referencia de "vía rápida" a estos asesores profesionales (Scott et al., 2010).

Dentro de cada departamento, un líder de equipo individual es responsable de coordinar todos los componentes del programa para guiar a los miembros del equipo de *Peer Support* dentro de su institución respectiva. En todo momento, uno de estos líderes de equipo está de guardia localizada las 24 horas del día, los 7 días de la semana para garantizar el apoyo de los 51 miembros del equipo de YOU y de cualquier otro clínico que solicite asistencia. Los miembros del equipo de FOR YOU se reúnen mensualmente para la reflexión de casos y la tutoría continua (Scott et al., 2010).



- En la Universidad de Illinois en Chicago, los líderes en mejora de la calidad, gestión de riesgos y seguridad del paciente han reconocido que cuidar a las segundas víctimas es una parte importante de un sistema integrado para manejar eventos adversos. Cuando se notifica a la gestión de riesgos acerca del evento adverso, además de la investigación de la causa, hay una investigación paralela para determinar si hay segundas víctimas que necesitan atención (McDonald et al., 2010).
- *Medically Induced Trauma Support Services* es una organización fundada en Mayo de 2002 por Linda Kenney, una paciente que fue perjudicada por un evento adverso relacionado con la anestesia. Cuando se recuperó, se asoció con un médico para establecer una organización con el fin de ayudar a los pacientes y a los profesionales sanitarios a afrontar incidentes dañinos. *Medically Induced Trauma Support Services* ha desarrollado recientemente un "conjunto de herramientas", de recursos para ayudar a las organizaciones a establecer programas para ayudar a las segundas víctimas. El equipo de *Medically Induced Trauma Support Services* y los socios clínicos han trabajado para desarrollar un programa de segunda víctima en el Hospital Brigham and Women de Boston (Carr, 2009). El objetivo de esta fundación es apoyar la curación y restaurar la esperanza a todas las personas afectadas por eventos médicos adversos. Se concluyó que dicho programa permite que el Servicio de *Peer Support* brinde apoyo emocional accesible a los proveedores de atención al eliminar los estigmas asociados con los servicios de apoyo formales y al crear un foro creíble y seguro para que los profesionales de la salud tengan estas conversaciones. El *Peer Support* se utiliza en una amplia gama de incidentes, desde crisis personales y eventos adversos hasta apoyo durante litigios por negligencia. Es importante destacar que el diseño colaborativo con los servicios de soporte formales existentes permite el acceso facilitado para aquellos que necesitan un mayor soporte. El apoyo de pares ha permitido un mayor desarrollo y servicios de apoyo emocional muy necesarios para pacientes y familias (Van Pelt, 2008).
- En el Hospital Johns Hopkins se desarrolló un grupo de trabajo multidisciplinario de "segundas víctimas" para ayudar a la organización a brindar atención y apoyo al personal del hospital. En un intento inicial de comprender a la población que era objeto, el grupo confeccionó un inventario de los recursos existentes para las segundas víctimas. Dado que los diversos recursos emplean diferentes estrategias y modelos para abordar el problema de las segundas víctimas, el equipo consideró cuidadosamente los diversos tipos de estructuras de apoyo existentes (Edrees et al., 2011). En este Hospital establecieron el programa de *Peer Support RISE (Resilience in Stressful Events)*. Después de la ocurrencia de un evento estresante relacionado con el paciente, el trabajador de salud involucrado o su compañero activan una



llamada al equipo RISE. El interlocutor RISE de guardia responde al localizador llamando de nuevo en 30 minutos y planificando una reunión (encuentro) con la persona que llama, idealmente dentro de las próximas 12 horas. El término "par" o "peer" no implica que comparta la misma disciplina profesional que la persona que llama. En el encuentro, el interlocutor escucha activamente a la segunda víctima y proporciona primeros auxilios psicológicos (PFA) y apoyo emocional. El encuentro se centra explícitamente en las emociones del empleado en lugar de los detalles del incidente. Al final del encuentro, el interlocutor ofrece una lista de recursos organizativos actuales que podrían ser útiles para la curación continua, como el programa de asistencia al empleado, el asesoramiento comunitario o el ejercicio. Todas las interacciones entre la segunda víctima y el interlocutor son confidenciales. RISE tiene su base organizativa dentro del Instituto Armstrong para la Seguridad y Calidad del Paciente en Johns Hopkins, y se supone que las discusiones entre un respondedor de RISE que asiste a una segunda víctima están cubiertas por el privilegio de seguridad del paciente según la Ley del Estado de Maryland. La misión principal del programa RISE es brindar el apoyo oportuno a los empleados que se enfrentan a un evento estresante relacionado con el paciente. Los objetivos del programa son los siguientes (Edrees et al., 2016):

- Aumentar la conciencia sobre el fenómeno de la segunda víctima en el entorno de alto riesgo de la salud.
- Brindar apoyo multidisciplinario, uno a uno o en grupo, de pares en un entorno sin prejuicios.
- Dotar a los gerentes y empleados con estrategias de afrontamiento saludables para promover el bienestar: ofrecer herramientas para apoyar a los gerentes en sus roles para responder a eventos de segundas víctimas y brindar consejos de primeros auxilios a todos los empleados antes, durante y después de un evento.
- Tranquilizar y guiar a los empleados para que continúen prosperando en sus funciones: desarrollar un enfoque no punitivo para manejar eventos estresantes relacionados con el paciente y definir políticas y procedimientos para el programa RISE.

Por lo tanto, RISE es un programa multidisciplinario de *Peer Support* dentro de un gran hospital docente. La estructura y las características de RISE se guiaron por los resultados de una encuesta inicial que sugería que dicho programa sería preferido por los trabajadores que experimentaron eventos estresantes relacionados con el paciente. La evaluación basada en los autoinformes de los pares que respondieron apoyó el éxito de la mayoría de los encuentros con las personas que llamaron y la efectividad de la capacitación, en particular los ejercicios de juego de roles, para prepararlos para apoyar a las segundas víctimas (Edrees et al., 2016).



- En algunas instituciones, los gerentes de riesgos y otros asesores han sido capacitados para participar en el manejo de estrés ante incidentes críticos mediante el *Certified Information Security Manager* (CISM), un enfoque basado en la aplicación de la ley para la información después de incidentes intensamente estresantes (Reese, Horn, Dunning, 1991). Por ejemplo, en el Sistema de Salud MultiCare en Tacoma, WA, los equipos recibieron formación para liderar la reunión grupal de eventos traumáticos. Estas reuniones son confidenciales y están protegidas legalmente al adoptar el programa CISM como parte del plan de mejora de calidad de la instalación. La asistencia a las sesiones es voluntaria, pero se compensa con un tiempo de licencia remunerado durante la reunión. Estos equipos específicamente formados están disponibles en cualquier momento para dar soporte rápidamente a los empleados, de la misma manera que los equipos de respuesta rápida responden inmediatamente a emergencias médicas. Aunque no hay resultados publicados que demuestren efectividad en el entorno de la atención médica, actividades similares se utilizan ampliamente en la aviación (White et al., 2008).
- Los grupos de apoyo médico también se han propuesto como una forma de apoyar a los médicos después de los errores (Christensen, Levinson, Dunn, 1992). Debido a que algunos médicos pueden sentir que solo sus compañeros médicos pueden analizar sus errores de manera justa, limitar los grupos a los médicos podría abordar una barrera para aceptar el apoyo emocional (Garbutt, 2008). Los grupos de apoyo, como los grupos Balint ([www.balint.co.uk](http://www.balint.co.uk)), son foros para que los médicos discutan y reconozcan los dilemas de comunicación del paciente emocionalmente desafiantes. Algunas aseguradoras de responsabilidad profesional médica, incluyendo Physicians Insurance y COPIC, han desarrollado programas de asistencia en litigios que brindan apoyo educativo y emocional confidencial para los médicos y sus cónyuges involucrados en litigios por mala práctica médica. Estas sesiones pueden incluir discusiones sobre el síndrome clínico judicial o ensayos simulados.
- Algunas instituciones de atención médica ofrecen asesoramiento individual a todos los proveedores involucrados en errores graves (West et al., 2009). En dicho modelo, el profesional involucrado, un gerente de riesgos o un líder de departamento podrían iniciar el proceso de asesoramiento. Debido a que los médicos a menudo hacen frente al impacto emocional de los errores en silencio, pueden mostrar pocos signos externos de angustia emocional. Por lo tanto, puede ser importante que los gestores de riesgos ofrezcan servicios de asesoramiento a cada profesional implicado (White et al., 2008).





En nuestro entorno el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) realizó en el año 2013 la *Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves*. Esta guía es el primer protocolo de actuación desarrollado en España en la atención a la segunda víctima y se fundamenta en cuatro pilares:

1. Acciones inmediatas tras un evento centinela.
2. Comunicación y soporte al paciente afectado y su familia.
3. Comunicación y soporte a los profesionales afectados.
4. Investigación y difusión de resultados relacionados con el caso.

Según la Guía de Recomendaciones, para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas víctimas (2015), afirman que debe haber una actitud proactiva para evitar que se vuelva a producir y el objetivo es aprender de la propia experiencia para proponer un entorno cada vez más seguro. Por lo tanto, se recomienda lo siguiente:

1. Recoger las evidencias que puedan ayudar a determinar qué, cómo y por qué motivos ha ocurrido el evento adverso (ej.: material inadecuado, tomar fotografías, etc).
2. Registrar lo antes posible la información sobre lo acontecido para beneficiar los recuerdos del personal implicado y conseguir que no estén alteradas por otras situaciones vivenciadas.
3. Anotar las personas presentes durante lo sucedido y así posteriormente aportarán información durante el Análisis Causa Raíz (ACR).
4. Realizar un esquema cronológico de lo acontecido durante la asistencia al paciente.
5. Realizar un resumen con la información más importante para poder analizar posteriormente el EA.

También se subraya la importancia de apoyar al profesional y al equipo asistencial del que forma parte y así disminuir las consecuencias emocionales del evento adverso en el profesional. Para ello, se recomienda lo siguiente:

1. Mantener una actitud positiva, no culpabilizadora, desde una orientación del error sistémico ante los EA.
2. Especificar el número de segundas víctimas relacionadas con el EA.
3. En un primer momento, dar la posibilidad de que algún compañero con capacidad de brindar apoyo emocional a la segunda víctima pueda ayudar a ésta a afrontar la situación.
4. Se recomienda que en cada unidad o servicio haya una persona o un equipo de profesionales entrenados para escuchar y ofrecer apoyo a la segunda víctima.





5. Es relevante que el profesional no se sienta rechazado en ningún momento por el resto de compañeros del equipo.
6. Ayudar a activar la red social más cercana para garantizar el apoyo fuera de la institución. También hay que animarlo para que incremente la actividad física a la que estuviera acostumbrado y las actividades de ocio cotidianas.
7. Hay que evitar realizar preguntas inquisitivas sobre el evento para indagar sobre si cometió algún error.
8. Es recomendable escucharle, realizar preguntas abiertas para permitir expresarse libremente.
9. Se debe informar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en el que caso de que se observe afectada la salud física o psíquica del profesional.
10. Debe realizarse una reorganización para atender las obligaciones asistenciales de la segunda víctima.
11. Hay que estar preparados para reconocer síntomas que adviertan la necesidad de un apoyo más intenso en la segunda víctima.
12. Evaluar las necesidades de atención personalizada de la segunda víctima.
13. Estimar la necesidad de asistencia jurídica que pueda requerir el profesional.
14. Indicar sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución.
15. Informar sobre las oportunidades de ayuda tanto dentro de la institución como fuera y facilitarlas en caso necesario.
16. Efectuar un seguimiento en los días posteriores para asegurar que es capaz de afrontar el impacto de las consecuencias del EA.
17. Informar al profesional sobre la situación del paciente y del análisis de la situación que se haya iniciado.
18. Incitarle a participar al profesional en el ACR del incidente, si se encuentra emocionalmente estable.
19. Establecer el regreso del profesional después del evento adverso y debe ser una actuación paulatina, incrementando responsabilidades.
20. Planificar un seguimiento periódico en los siguientes tres meses para afirmar que la segunda víctima soporta el desgaste profesional y emocional asociado al EA.

Por último, recomiendan una oportuna activación de recursos para dar una respuesta adecuada a tiempo, mediante los pasos siguientes:

1. Avisar a los responsables de las unidades clínicas o servicios y también comunicar lo acontecido a la asesoría jurídica.
2. Informar lo más rápido posible a los diferentes miembros del equipo sanitario implicados en el cuidado del paciente.
3. Se debe asegurar que la persona que está en relación directa con el paciente tiene toda la información para que la comunicación con el paciente sea coherente.



4. Activar el equipo de comunicación de crisis, si es necesario.
5. Especificar el rol del responsable del Servicio Médico y la de Enfermería.
6. Confeccionar un dossier con la información sobre este tipo de incidentes.
7. Designar un portavoz.
8. Ofrecer información las primeras 24h posteriormente al EA.
9. Fortalecer la comunicación interna cuando hay un evento adverso grave para evitar rumores y así se permite que la persona disponga de información fiable y puntual.

Por último, en nuestro entorno merece especial mención en relación a las segundas víctimas de reclamación por presunta negligencia el único programa específico existente a nivel español. El Colegio de Médicos de Barcelona en el año 2013 puso en marcha un proyecto centrado en la atención al médico reclamado, incluyendo la evaluación sistemática valorada a través de una encuesta sobre el impacto de las reclamaciones en los facultativos que es la base de esta tesis y brindando apoyo psicoterapéutico a los médicos que presentan afectación emocional significativa a través del programa de Suport Emocional al Professional de la Salut de la Fundació Galatea (Arimany – Manso et al., 2018).



El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malpraxis.

---



The background features two faint, light-colored icons: a pair of scales of justice on the left and a stethoscope on the right. The scales are positioned in the upper left quadrant, and the stethoscope is in the lower right quadrant. The text is centered between these two icons.

# JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS



### 3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

Tanto la seguridad del paciente como la responsabilidad profesional médica son aspectos de máximo interés para la praxis médica diaria (Arimany et al., 2013). El aumento del número de reclamaciones a nivel mundial en los últimos años, ha tenido como resultado negativo un aumento del gasto sanitario, la aparición de una cada vez más extendida “medicina defensiva” y, como consecuencia, una mayor insatisfacción de los profesionales llegando en ocasiones al abandono de la actividad profesional en aquellas especialidades de mayor riesgo de reclamación (Arimany y Gómez – Durán, 2013).

Las reclamaciones por presunta responsabilidad profesional médica son un estresor vital muy importante. Ningún profesional médico está libre del riesgo de reclamación y muchos médicos se ven afectados, directa o indirectamente, por acusaciones de una atención negligente como la causa de un mal resultado tras la asistencia. Obviamente, la primera y principal víctima de un defecto de praxis es el paciente y su entorno, sin embargo, la psicología reconoce el sufrimiento de la segunda víctima. Entendemos que dicho sufrimiento puede verse incrementado si el error médico se sigue de una reclamación por responsabilidad profesional médica e incluso que la propia reclamación tiene un efecto traumático en el profesional, independientemente de si existió o no defecto de praxis (Burlison et al., 2014 y Saber y Firestone, 2006).

Se sabe que la ansiedad es un padecimiento común cuando alguien se ve involucrado en un litigio. A pesar de que las reclamaciones son frecuentes, la mayoría de los médicos no están preparados para hacer frente a los devastadores efectos psicológicos de éstas, sobre el propio facultativo, su familia y su praxis. Una acusación de negligencia médica puede ser extremadamente traumática para el médico acusado, independientemente de si la denuncia tiene fundamento o no. El estrés del procedimiento puede contribuir directamente a la aparición de enfermedad física o psíquica en el médico, así como a la insatisfacción con su praxis que puede conducir a modificaciones en la misma, en línea con la denominada Medicina Defensiva, o incluso al abandono o la jubilación anticipada (Burlison et al., 2014 y Saber y Firestone, 2006).

A nivel psíquico se ha descrito la aparición del “Malpractice Stress Syndrome” (MSS), cuyas principales manifestaciones son los síntomas psicológicos (ansiedad y síntomas depresivos) y síntomas físicos como manifestaciones secundarias, que pueden ser manifestaciones de una enfermedad de nueva aparición o representar la agravación de un trastorno preexistente (Burlison et al., 2014 y Saber y Firestone, 2006).



El médico ya sufre una herida psíquica en el momento en que se produce la reclamación y cada paso del proceso legal, diseñado para revelar la verdad y servir a la justicia, puede ser percibido por el médico como un intento de demostrar mala conducta intencional por su parte. Esto está relacionado con la falta de comprensión del proceso legal y por lo tanto, la formación al respecto es un aspecto clave para lidiar mejor con el proceso. Los temores del facultativo incluyen la pérdida de control, de reputación, de posesiones, de apoyo y la falta de conocimiento sobre el proceso y sus potenciales resultados. Debe reconocer que esta fuera de su área de competencias, buscar información y consejo de expertos y si es necesario acudir a reuniones de apoyo y recibir atención psicológica (Burlison et al., 2014).

El presente estudio pretende identificar los síntomas que padecen los facultativos que se enfrentan a una reclamación por presunta responsabilidad médica en nuestro entorno, las diferencias entre los procedimientos gestionados judicial y extrajudicialmente, aquellos en los que existió defecto de praxis y en los que no y explorar los cambios en la praxis ocurridos tras esta experiencia vital.





## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS





El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malpraxis.

---



## 4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### 4.1. Hipótesis

Las reclamaciones por responsabilidad profesional son estresantes y traumáticas para el médico reclamado, manifestando síntomas psicológicos y físicos desde el inicio del procedimiento y tras el mismo.

Dicha sintomatología es diferente según el trámite sea judicial o extrajudicial y según haya existido o no responsabilidad profesional médica.

Dicha sintomatología se asocia a cambios en su vida personal, social y familiar y cambios en su praxis.

### 4.2. Objetivos

- Detectar en los facultativos la sintomatología física y psicológica que padecen a partir de la reclamación por presunta responsabilidad profesional médica, durante el procedimiento.
- Detectar en los facultativos la sintomatología física y psicológica que padecen a partir de la reclamación por presunta responsabilidad profesional médica, una vez cerrado el procedimiento.
- Establecer asociaciones entre la sintomatología sufrida y el tipo de procedimiento extrajudicial/judicial.
- Establecer asociaciones entre la sintomatología sufrida y la existencia o no de responsabilidad profesional médica.
- Establecer asociaciones entre la sintomatología sufrida y posibles cambios en su vida social, personal y familiar y en su praxis asistencial.



El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malpraxis.

---





# METODOLOGÍA





## 5. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio retrospectivo analítico.

De forma previa a esta tesis doctoral, se realizó un estudio piloto que alcanzó a 99 facultativos sobre los 153 implicados en expedientes cerrados durante el 2014 (tasa de respuesta del 64.7%), en que el 80% de los encuestados identificaron una respuesta emocional significativa. En dicho estudio se utilizó esta misma encuesta, que no precisó modificaciones, más allá de ajustes en el aplicativo informático utilizado para el registro.

### 5.1. Contexto

Se realizó en el Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona que dispone de su propia base de datos de reclamaciones que recoge información de la principal compañía de aseguramiento en responsabilidad profesional médica (RPM) de toda Cataluña, con más de 25.000 médicos asegurados. Esto supone aproximadamente el 75% de los médicos en activo en Cataluña, tratándose de la mayor muestra existente en materia de responsabilidad profesional médica en el territorio, incluyendo a facultativos de toda Cataluña.

### 5.2. Población objeto de estudio

El Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona dispone de un universo poblacional de más de 25.000 facultativos asegurados.

Concretamente durante los años 2015 y 2016, 568 facultativos se vieron implicados en una reclamación que se cerró durante dicho periodo (277 facultativos en 2015 y 291 en 2016). En el año 2016, 171 facultativos fueron reclamados por presunto defecto de praxis. La población objeto de estudio final alcanzaba los 739 facultativos.

### 5.3. Participantes:

Este estudio analiza las respuestas a un cuestionario realizado a los colegiados que tuvieron al menos un expediente tramitado en el SRP, cerrado durante los años 2015 o 2016 o abierto durante el año 2016:

- Criterios de inclusión: facultativos que hayan estado implicados en un procedimiento de reclamación extrajudicial o judicial por presunto defecto de praxis, cerrado durante los años 2015 o 2016 o abierto durante el año 2016.



- Criterios de exclusión: Negativa a participar en la encuesta o imposibilidad de contacto.

## 5.4. Instrumento

El presente estudio se basa en una entrevista estructurada telefónica, consistente en la pasación de un cuestionario de 42 ítems dicotómicos y 2 preguntas de texto libre, con duración aproximada de 25 mins.

El cuestionario empleado se desarrolló en base a la bibliografía revisada sobre segundas víctimas de eventos adversos en asistencia sanitaria. Todos los síntomas identificados en la bibliografía se incluyeron como ítems del cuestionario, en formato de respuesta dicotómica Sí/No.

Los ítems recogidos en el cuestionario fueron:

### Reacción emocional

- DECEPCIÓN
- INDIGNACIÓN
- IRA Y ENOJO

### Malestar psíquico

- PREOCUPACIÓN
- ANSIEDAD/INQUIETUD INTERNA
- IRRITABILIDAD
- REEXPERIMENTACIÓN
- HUMILLACIÓN
- VERGÜENZA

### Afectación en el estado de ánimo

- ESTADO DE ÁNIMO BAJO
- AFECTACIÓN EN SU AUTOESTIMA PERSONAL
- SENTIMIENTOS DE SOLEDAD
- DISMINUCIÓN POR EL INTERÉS Y CAPACIDAD DE DISFRUTAR
- DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN
- SENTIMIENTOS DE CULPA
- DUDAS SOBRE SU COMPETENCIA PROFESIONAL
- SENTIMIENTOS DE INCAPACIDAD
- TENDENCIA AL AISLAMIENTO



- SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA
- RALENTIZACIÓN PSICOMOTORA
- PENSAMIENTOS DE MUERTE O SUICIDIO

#### Afectación física

- INSOMNIO
- FATIGA O PÉRDIDA DE ENERGÍA
- PESADILLAS
- PÉRDIDA O AUMENTO DE PESO
- SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES
- APARICIÓN DE NUEVA PATOLOGÍA
- EMPEORAMIENTO DE LA PATOLOGÍA PREVIA
- CEFALEA

Asimismo, se incluyeron preguntas sobre la repercusión que la experiencia había tenido en sus vidas y su práctica clínica y la necesidad de ayuda, en formato también dicotómico Sí/No, así como dos campos abiertos sobre medicación y sobre consumo de sustancias:

#### Necesidad de soporte

- ATENCIÓN PSICOLÓGICA
- ¿TIPO DE MEDICACIÓN?

#### Consumo de sustancias reactivo

- CONSUMO/INCREMENTO DEL CONSUMO DE ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA
- ¿CUÁL?

#### Repercusión vital

- PROCESO DE AFECTACIÓN A LA VIDA PERSONAL
- PROCESO DE AFECTACIÓN A LA VIDA FAMILIAR
- PROCESO DE AFECTACIÓN A LA VIDA SOCIAL

#### Cambios en la práctica clínica

- MAYOR ATENCIÓN AL REGISTRO DOCUMENTAL DE ASISTENCIA
- EVITAR DETERMINADOS TIPOS DE PACIENTES
- BÚSQUEDA DE FORMACIÓN EN ASPECTOS MÉDICO – LEGALES
- HIPERVIGILANCIA CON LOS PACIENTES
- REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INNECESARIAS
- EVITAR DETERMINADO TIPO DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES





- AFECTACIÓN DE LA RELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS
- APOYO EN EL CENTRO DE TRABAJO

## 5.5. Proceso de recogida de la información

El Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médico de Barcelona seleccionó la población objeto de estudio conforme a los criterios arriba referenciados.

La doctoranda personalmente, psicóloga experta en victimización, contactó telefónicamente con los facultativos y les solicitó su inclusión en un estudio de encuesta telefónica sobre la satisfacción del servicio prestado en el Área de Praxis y sobre la sintomatología y consecuencias sobre su praxis tras haber recibido una reclamación.

Se especificaba que los datos facilitados serían registrados y analizados de forma anonimizada.

No existió variabilidad interencuestador por haberse realizado las entrevistas por la misma profesional, ajena al servicio de responsabilidad profesional.

La profesional permaneció en todo momento ciega a las variables propias del procedimiento.

Los datos del sistema de registro de las encuestas y los datos sobre el procedimiento (tipo de procedimiento -extrajudicial/judicial- y la existencia o no de RPM) registrados en la base de datos del SRP, se incorporaron a posteriori de forma automatizada en la base de datos del estudio.

Se consideraron expedientes judiciales aquellos en los que existe intervención de los tribunales y extrajudiciales aquellos en que la interposición de la reclamación se realiza ante el propio facultativo, el colegio de médicos o la póliza de aseguramiento directamente, no ante un juzgado.

## 5.6. Análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico de los datos, con un estudio descriptivo de los resultados (frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar, con un intervalo de confianza del 95%, dependiendo del tipo de variable), así como estudio bivariado de las asociaciones estadísticamente significativas mediante Chi-cuadrado o T de Student.

Todo ello mediante el paquete estadístico SPSS, versión 22.



## 5.7. Aspectos médico – legales

Se requirió una autorización específica y compromiso de confidencialidad para consultar la base de datos del COMB. La labor de realizar las entrevistas se realizó en las mismas dependencias del SRP del COMB. El proyecto de la tesis fue aprobado por la Comisión Deontológica del COMB, que se dedica a asesorar en cuestiones relacionadas con la ética médica y la deontología profesional y se obtuvo la correspondiente aprobación por parte del CEIC (Comité de Ética de Investigación Clínica), con número de expediente 2018 001.



El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malpraxis.

---





**RESULTADOS**

El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malpraxis.

---

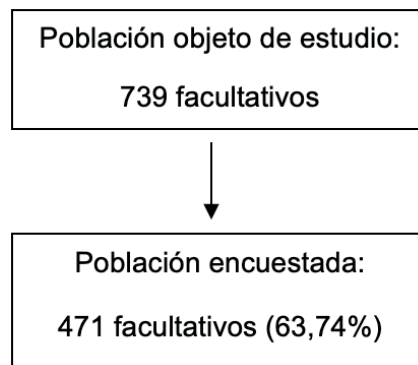


## 6. RESULTADOS

La población objeto de estudio final fue de 739 facultativos implicados en una reclamación cerrada en 2015 o una reclamación cerrada o abierta en 2016.

La muestra final de facultativos encuestados fue de 471 facultativos.

La tasa de respuesta global fue del 63,74%, conforme al siguiente diagrama:



Puesto que las submuestras diferían respecto a la homogeneidad del estatus del procedimiento (abierto/cerrado), se decidió realizar un análisis de forma estratificada:

1. Análisis de la submuestra de 298 facultativos con expedientes cerrados durante los años 2015 y 2016.
2. Análisis de la submuestra de 282 facultativos encuestados en 2017 que tenían procedimientos cerrados o abiertos en 2016.



## 6.1. Análisis de la submuestra de 298 facultativos con expedientes cerrados durante los años 2015 y 2016

Un total de 298 médicos fueron evaluados debido a que tenían reclamaciones por responsabilidad profesional con expedientes cerrados entre los años 2015 y 2016.

En el año 2015 se evaluó a 184 médicos con expedientes cerrados y 114 médicos con expedientes cerrados en el año 2016.

### 1. Tipo de expediente en procedimientos cerrados entre los años 2015-2016.

En relación a la muestra total, observamos en la tabla específica sobre el tipo de expediente judicial, que 62 médicos han tenido un procedimiento cerrado de tipo civil, correspondiendo a un 20,8%. Ha habido 146 médicos con procedimientos extrajudiciales y esto corresponde al 49% de la muestra total. Por último, 90 médicos han tenido un procedimiento penal y por tanto es el 30,2% de la muestra.

Tipo de expediente				
	Frecuencia (N:298)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
Civil	62	20,81%	24,80%	0,02
Extrajudicial	146	49%	69,80%	0,03
Penal	90	30,2%	100%	0,03
Total	298	100%		

### 2. Penal/vs no penal en procedimientos cerrados entre los años 2015-2016.

A continuación se indica la tabla en relación a los expedientes cerrados entre los años 2015 y 2016 con causa penal vs lo que no pasaron por un procedimiento penal. En comparación con la muestra total, 208 médicos tuvieron un procedimiento no penal, correspondiendo al 69,8% de la muestra y 90 médicos pasaron por un procedimiento penal, correspondiendo al 30,2% de la muestra.



Penal / No penal				
	Frecuencia (N:298)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
No penal	208	69,80%	69,80%	0,03
Penal	90	30%	100,00%	0,03
Total	298	100,00%		

### 3. El resultado final del expediente

Se observa en la tabla que el resultado final del expediente fue sin responsabilidad profesional en los expedientes de 202 médicos que corresponde al 67,8% de la muestra. Sin embargo 96 médicos se vieron implicados en un expediente que resultó en responsabilidad profesional y esto indica el 32,2 % de la muestra total.

Resultado final del expediente				
	Frecuencia (N:298)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
No RPM	202	67,80%	67,80%	0,03
RPM	96	32,2%	100,00%	0,03
Total	298	100,00%		

En la siguiente tabla se especifica a qué tipo de resultado final se llegó en relación a la muestra total. 28 médicos en el resultado final de su expediente tuvieron una absolución y por tanto fue el 9,3% de la muestra. Obtuvieron una resolución que derivó en un acuerdo 81 médicos, por lo tanto corresponde al 27,1%. 15 médicos tuvieron una condena y resulta el 5,1 % de la muestra. 82 médicos en su resultado final del expediente se realizó a partir de un escrito de resolución y esto es el 27,5% de la muestra. En 4 casos hubo una inadmisión de la causa y esto significa el 1,3% de la muestra. En 88 casos en el resultado final del expediente hubo sobreseimiento o archivo y esto corresponde al mayor porcentaje que es el 29,5 % de la muestra.



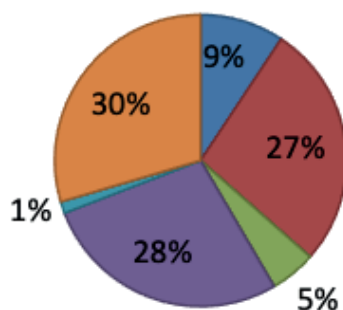


Resultado final del expediente				
	Frecuencia (N:298)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
Absolución	28	9,40%	9,40%	0,01
Acuerdo	81	27,18%	36,58%	0,03
Condena	15	5,03%	41,61%	0,03
Escrito resolución	82	27,52%	69,13%	0,03
Inadmisión	4	1,34%	70,47%	0,02
Sobreseimiento	88	29,53%	100,00%	0,03
Total	298	100,00%		

A continuación, se observa una gráfica de porcentajes en relación al tipo de resultado final del expediente judicial.

## Resultado final del expediente

■ Absolución      ■ Acuerdo      ■ Condena  
■ Escrito resolución    ■ Inadmisión      ■ Sobreseimiento



#### 4. Reacción emocional de la reclamación

Respecto al impacto psicológico de la reclamación en los médicos evaluados, de los 298 médicos que se entrevistó, 174 afirmaron que habían padecido reacción psicológica significativa ante la reclamación, correspondiendo al 58,4% y por tanto, 124 médicos confirmaron no haber padecido ningún tipo de reacción emocional ante la reclamación, siendo el 41,6% de la muestra.

Resultado final del expediente				
	Frecuencia (N:298)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
Sí	174	58,39%	58,39%	0,01
No	124	41,61%	100,00%	0,03
Total	298	100,00%		

#### 5. Número de síntomas

En relación al número de síntomas, la media de síntomas que un médico afirma que ha padecido es de 6,63, teniendo en cuenta que de los 298 médicos evaluados son 174 médicos los que han afirmado haber padecido algún tipo de síntoma psicológico.

Número casos	Válidos	298
	Perdidos	0
Media		<b>6,63</b>
Error estándar de la media		0,394
Mediana		6
Moda		0
Desviación		6,801
Varianza		46,253
Mínimo		0
Máximo		24
Percentiles	25	0
	50	6
	75	11



En relación al número de síntomas entre el grupo de sujetos que reconocieron impacto psicológico significativo, la media fue de 11,29 síntomas.

Número casos	Válidos	174
	Perdidos	0
Media		<b>11,29</b>
Error estándar de la media		0,393
Mediana		10
Moda		8 <sup>a</sup>
Desviación		5,179
Varianza		23
Mínimo		1
Máximo		24
Percentiles	25	8
	50	10
	75	14

La relación entre el número de síntomas y la frecuencia se muestra en la siguiente tabla en que se observa que 124 médicos de los 298 afirmaron no padecer sintomatología psicológica y de los 174 restantes se indica la relación entre el número de síntomas y la frecuencia.



Muestra de 298 facultativos (muestra total expedientes cerrados)				
Número síntomas	Frecuencia (N:298)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
0	124	41,61%	41,61%	0,03
1	1	0,34%	41,95%	0,003
3	2	0,67%	42,62%	0,005
4	5	1,68%	44,30%	0,007
5	10	3,36%	47,65%	0,01
6	11	3,69%	51,34%	0,01
7	12	4,03%	55,37%	0,01
8	19	6,38%	61,74%	0,01
9	19	6,38%	68,12%	0,01
10	14	4,70%	72,82%	0,01
11	14	4,70%	77,52%	0,01
12	9	3,02%	80,54%	0,01
13	8	2,68%	83,22%	0,009
14	9	3,02%	86,24%	0,01
15	4	1,34%	87,58%	0,007
16	5	1,68%	89,26%	0,007
17	5	1,68%	90,94%	0,007
18	5	1,68%	92,62%	0,007
19	5	1,68%	94,30%	0,007
20	2	0,67%	94,97%	0,005
21	5	1,68%	96,64%	0,007
22	5	1,68%	98,32%	0,007
23	3	1,01%	99,33%	0,006
24	2	0,67%	100,00%	0,005
Total	298	100,00%		

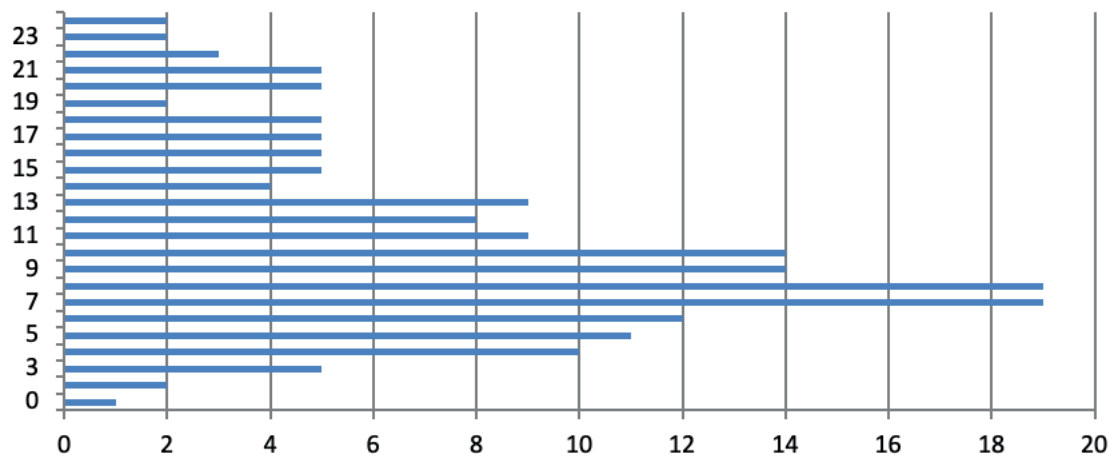


Muestra de 174 facultativos (que identifican sintomatología)				
Número síntomas	Frecuencia (N:174)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
0	124	41,61%	41,61%	0,03
1	1	0,34%	41,95%	0,003
3	2	0,67%	42,62%	0,005
4	5	1,68%	44,30%	0,007
5	10	3,36%	47,65%	0,01
6	11	3,69%	51,34%	0,01
7	12	4,03%	55,37%	0,01
8	19	6,38%	61,74%	0,01
9	19	6,38%	68,12%	0,01
10	14	4,70%	72,82%	0,01
11	14	4,70%	77,52%	0,01
12	9	3,02%	80,54%	0,01
13	8	2,68%	83,22%	0,009
14	9	3,02%	86,24%	0,01
15	4	1,34%	87,58%	0,007
16	5	1,68%	89,26%	0,007
17	5	1,68%	90,94%	0,007
18	5	1,68%	92,62%	0,007
19	5	1,68%	94,30%	0,007
20	2	0,67%	94,97%	0,005
21	5	1,68%	96,64%	0,007
22	5	1,68%	98,32%	0,007
23	3	1,01%	99,33%	0,006
24	2	0,67%	100,00%	0,005
Total	298	100,00%		



La siguiente gráfica muestra la distribución del número de síntomas en el subgrupo de 174 médicos sintomáticos.

### Número de síntomas



Continuando con el apartado de síntomas, se especifica en la siguiente tabla el tipo de sintomatología psicológica de los 298 médicos evaluados y la relación del tipo de síntoma con la frecuencia del síntoma. También se especifica la relación entre el tipo de síntomas y la frecuencia en relación al subgrupo formado por 174 médicos que padecieron reacción psicológica. Se observa que la preocupación fue el síntoma más recurrente en los médicos y el menos frecuente los pensamientos suicidas.

Tipo de síntoma	Frecuencia (N:298)	Porcentaje muestra global (N:298)	Error estándar	Porcentaje subgrupo médicos con reacción psicológica (N:174)	Error estándar
Preocupación	172	57,72%	0,03	98,85%	0,01
Decepción	163	54,70%	0,03	93,68%	0,02
Frustración	158	53,02%	0,03	90,80%	0,02
Indignación	158	53,02%	0,03	90,80%	0,02
Reexperimentación	154	51,68%	0,03	88,51%	0,02
Desconfianza	151	50,67%	0,03	86,78%	0,03
Ansiedad/Inquietud	150	50,34%	0,03	86,21%	0,03
Irritabilidad	124	41,61%	0,03	71,26%	0,03
Estado de ánimo bajo	122	40,94%	0,03	70,11%	0,03
Insomnio	100	33,56%	0,03	57,47%	0,04
Pesadillas	78	26,17%	0,03	44,83%	0,04
Concentración	74	24,83%	0,03	42,53%	0,04
Disminución de la autoestima	51	17,11%	0,02	29,31%	0,03
Apatía	50	16,78%	0,02	28,74%	0,03
Sentimientos de incapacidad	41	13,76%	0,02	23,56%	0,03
Desesperanza	38	12,75%	0,02	21,84%	0,03
Competencia profesional	35	11,74%	0,02	20,11%	0,03
Cefalea	35	11,74%	0,02	20,11%	0,03
Culpa	33	11,07%	0,02	18,97%	0,03
Soledad	31	10,40%	0,02	17,82%	0,03
Aislamiento	27	9,06%	0,02	15,52%	0,03
Síntomas gastrointestinales	26	8,72%	0,02	14,94%	0,03
Vergüenza	21	7,05%	0,01	12,07%	0,03
Retraso psicomotor	21	7,05%	0,01	12,07%	0,02
Fatiga	21	7,05%	0,01	12,07%	0,02
Humillación	17	5,70%	0,01	9,77%	0,02
Pérdida o aumento de peso	14	4,70%	0,01	8,05%	0,02
Pensamientos de suicidio	3	1,01%	0,01	1,72%	0,01



## 6. Consecuencias

En relación a las consecuencias, de los 298 médicos evaluados con expedientes de reclamación cerrados en los años 2015 y 2016, 4 confirmaron un agravamiento o empeoramiento de patología previa y 5 médicos de la muestra total afirmaron la aparición de una nueva patología.

Un médico indicó que a causa de la reclamación, el trastorno de conducta alimentaria (TCA) de tipo bulímico ha empeorado. Otro médico ha especificado que su patología cardíaca se ha agravado, otro médico ha afirmado que sus problemas de dermatitis han empeorado y por último, un médico ha informado que su patología tiroidea se ha agravado a causa de la reclamación.

De los 5 médicos que han afirmado que han padecido una nueva patología derivada de la reclamación; 1 afirma haber padecido una contractura, otro médico refiere haber padecido osteonecrosis femoral, otro médico indica haber padecido psoriasis y por último hay dos médicos que confirman haber padecido una nueva patología pero no especifican de qué tipo.

Continuando con las consecuencias, 5 médicos de los 298 han confirmado un inicio o agravamiento de consumo de tóxicos. En relación al tipo de tóxicos del cual han iniciado o agravado su consumo, 4 de los 298 médicos han referido el consumo del tabaco y otro médico ha indicado otro tipo de tóxico sin especificar.

Respecto a la necesidad de atención psicológica o farmacológica a causa de la reclamación. Se observa que 10 médicos necesitaron atención psicológica y 7 médicos necesitaron tratamiento farmacológico. De ellos 5 médicos han necesitado tratamiento ansiolítico y dos han requerido tratamiento antidepresivo. Uno de ellos precisó tratamiento tanto ansiolítico como antidepresivo.





Consecuencias					
	Frecuencia (N:298)	Porcentaje muestra global (N:298)	Error estándar	Porcentaje subgrupo médicos con reacción psicológica (N:174)	Error estándar
Agravamiento o empeoramiento patología	4	1,3%	0,01	2,2%	0,01
Aparición nueva patología	5	1,6%	0,01	2,8%	0,01
Inicio o agravamiento consumo de tóxicos	5	1,6%	0,01	2,8%	0,01
Necesidad de ayuda psicológica	10	3,3%	0,01	5,7%	0,02
Necesidad de fármacos	7	2,3%	0,01	4%	0,01

Las reclamaciones por mala praxis pueden afectar a la esfera personal, familiar y social. En la siguiente tabla se indica que de la muestra global de médicos evaluados, 298; 68 indicaron que dicha reclamación había afectado a su vida personal, 67 médicos afirmaron que les había afectado a nivel familiar y 61 facultativos refirieron que les había afectado en el ámbito social.

Afectación					
	Frecuencia (N:298)	Porcentaje muestra global (N:298)	Error estándar	Porcentaje subgrupo médicos con reacción psicológica (N:174)	Error estándar
Personal	68	22,82%	0,02	39,08%	0,04
Familiar	67	22,48%	0,02	38,51%	0,04
Social	61	20,47%	0,02	35,06%	0,04
Compañeros	22	7,38%	0,02	12,64%	0,03

La siguiente tabla se centra en los cambios que puede haber en la práctica habitual a raíz de una reclamación de mala praxis. 142 de los 298 médicos entrevistados confirmaron haber realizado cambios en su práctica clínica debido a la reclamación. Específicamente, 110 médicos de la muestra total confirmaron realizar pruebas complementarias para así asegurar el diagnóstico. 139 médicos indicaron prestar más atención al registro documental. 47 médicos afirmaron que evitaban a cierto tipo de pacientes y 43 médicos decidieron evitar cierto tipo de procedimientos. 89 médicos realizaron búsquedas de información y por último, 141 médicos se mostraron hipervigilantes en su práctica clínica.



Cambios en la práctica					
	Frecuencia (N:298)	Porcentaje muestra global (N:298)	Error estándar	Porcentaje subgrupo médicos con reacción psicológica (N:174)	Error estándar
Confirman cambios en la práctica clínica	142	47,65%	0,03	81,61%	0,03
Realización pruebas	110	36,91%	0,03	63,22%	0,04
Atención registro	139	46,64%	0,03	79,89%	0,03
Evitar pacientes	47	15,77%	0,02	27,01%	0,03
Evitar procedimientos	43	14,43%	0,02	24,71%	0,03
Búsqueda de información	89	29,87%	0,03	51,15%	0,04
Hipervigilancia	141	47,32%	0,03	81,03%	0,03

### 7. El tipo de expediente en su relación con el impacto psicológico y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis

En la tabla siguiente observamos la relación entre el tipo de expediente y el impacto psicológico. Se indica que de las 208 personas con expedientes no penales, 108 padecieron reacciones emocionales y en cambio 100 médicos no padecieron ningún tipo de reacción emocional. En los procedimientos penales que fueron un total de 90 casos, 66 médicos padecieron reacción emocional y en cambio 24 médicos no padecieron ningún tipo de reacción emocional.

Los médicos sometidos a un procedimiento penal presentaron un porcentaje significativamente superior de impacto psicológico ( $p=0,001$ ).



Tipo expediente Vs impacto psicológico				
Impacto psicológico	No Penal (N:298)	Penal (N:90)	Total	p
Sí	108 (51,9%)	66 (73,3%)	174	<b>0,001</b>
No	100 (48,1%)	24 (26,7%)	124	
Total	208	90	298	

En el siguiente apartado se va a indicar las relaciones entre el tipo de expediente (no penal y penal) y el impacto psicológico causado en los médicos. Como se ha mencionado con anterioridad, el número de casos totales con expedientes no penales son de 208 médicos. Los casos con expedientes penales son de 90 médicos. A continuación se especificará cada tipo de síntoma en relación al tipo de expediente en la muestra total (N: 298). Se observan varias relaciones significativas entre síntomas y el tipo de expediente.

Síntomas concretos vs. tipo de expediente			
Síntomas (N:298)	No Penal (298)	Penal (90)	p
Preocupación (172, 57,7%)	106 (50,9%)	66 (73,3%)	<b>0,000</b>
Decepción (163, 54,7%)	100 (48%)	63 (70%)	<b>0,000</b>
Frustración (158, 53%)	97 (46,6%)	61 (67,7%)	<b>0,001</b>
Indignación (158, 53%)	96 (46,2%)	62 (68,8%)	<b>0,000</b>
Reexperimentación (154, 51,7%)	92 (44,2%)	62 (68,8%)	<b>0,000</b>
Desconfianza (151, 50,7%)	90 (43,2%)	61 (67,7%)	<b>0,000</b>
Ansiedad / Inquietud (150, 50,3%)	94 (45,1%)	56 (62,2%)	<b>0,007</b>



Síntomas concretos vs. tipo de expediente			
Síntomas (N:298)	No Penal (298)	Penal (90)	p
Irritabilidad (124, 41,6%)	69 (33,1%)	55 (61,1%)	<b>0,000</b>
Estado de ánimo bajo (122, 40,9%)	74 (35,5%)	48 (53,3%)	<b>0,004</b>
Insomnio (100, 33,6%)	66 (31,7%)	34 (37,7%)	0,31
Pesadillas (78, 26,2%)	53 (25,4%)	25 (27,7%)	0,679
Concentración (74, 24,8%)	41 (19,7%)	33 (36,6%)	<b>0,002</b>
Autoestima (51, 17,1%)	32 (15,3%)	19 (21,1%)	0,228
Apatía (50, 16,8%)	29 (13,9%)	21 (23,3%)	<b>0,046</b>
Sentimientos incapacidad (41, 13,8%)	22 (10,5%)	19 (21,1%)	<b>0,015</b>
Desesperanza (38, 12,8%)	22 (10,5%)	16 (17,7%)	0,087
Competencia profesional (35, 11,7%)	20 (9,6%)	15 (16,6%)	0,083
Cefalea (35, 11,7%)	20 (9,6%)	15 (16,6%)	0,083
Sentimientos de culpa (33, 11,1%)	20 (9,6%)	13 (14,4%)	0,223
Soledad (31, 10,4%)	17 (8,1%)	14 (15,5%)	0,055
Aislamiento (27, 9,1%)	14 (6,7%)	13 (14,4%)	<b>0,033</b>



Síntomas concretos vs. tipo de expediente			
Síntomas (N:298)	No Penal (298)	Penal (90)	p
Síntomas gastro- intestinales (26, 8,7%)	13 (6,2%)	13 (14,4%)	<b>0,021</b>
Vergüenza (21, 7%)	14 (6,7%)	7 (7,7%)	0,746
Retraso psicomotor (21, 7%)	13 (6,2%)	8 (8,8%)	0,414
Fatiga (21, 7%)	13 (6,2%)	8 (8,8%)	0,414
Humillación (17, 5,7%)	9 (4,3%)	8 (8,8%)	0,119
Pérdida o aumento peso (14, 4,7%)	7 (3,3%)	7 (7,7%)	0,098
Pensamiento suicida (3, 1%)	1 (0,4%)	2 (2,2%)	
Total: 298	208	90	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5

A continuación se van a especificar las relaciones entre el tipo de expediente (no penal y penal) y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis. Hay relación significativa entre el tipo de expediente y las diferentes consecuencias: la afectación a la vida familiar, cambios en la práctica clínica y en la búsqueda de información.



Consecuencias vs. tipo de expediente			
Consecuencias	No Penal (298)	Penal (90)	p
Agravamiento patología previa (4, 1,3%)	3 (1,4%)	1 (1,1%)	
Aparición nueva patología (5, 1,6%)	4 (1,9%)	1 (1,1%)	
Inicio consumo de sustancias (5, 1,6%)	2 (0,9%)	3 (3,3%)	
Necesidad de ayuda psicológica (10, 3,3%)	4 (1,9%)	6 (6,6%)	
Necesidad de fármacos (7, 2,3%)	3 (1,4%)	4 (4,4%)	
Afectación vida personal (68, 22,8%)	41 (19,7%)	27 (30%)	0,052
Afectación vida familiar (67, 22,4%)	39 (18,7%)	28 (31,1%)	<b>0,019</b>
Afectación vida social (61, 20,46%)	38 (18,2%)	23 (25,5%)	0,152
Afectación con los compañeros (22, 7,3%)	15 (7,2%)	7 (7,7%)	0,864
Cambios en la práctica clínica (142, 47,6%)	90 (43,2%)	52 (57,7%)	<b>0,021</b>
Realizar pruebas (110, 36,9%)	72 (34,6%)	38 (42,2%)	0,212



Consecuencias vs. tipo de expediente			
Consecuencias	No Penal (298)	Penal (90)	p
Mayor atención registro (139, 46,6%)	90 (43,2%)	49 (54,4%)	0,076
Evitar pacientes (47, 15,7%)	32 (15,3%)	15 (16,6%)	0,78
Evitar procedimientos (43, 14,4%)	28 (13,4%)	15 (16,6%)	0,47
Búsqueda información (89, 29,8%)	52 (25%)	37 (41,1%)	<b>0,005</b>
Hipervigilancia (141, 47,3%)	91 (43,7%)	50 (55,5%)	0,061
Total : 298	208	90	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5

### 8. El resultado final del expediente en su relación con el impacto psicológico y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis

Observamos en la tabla siguiente la relación entre el resultado final del expediente (No hay responsabilidad profesional médica y sí que hay responsabilidad profesional médica) con el impacto psicológico. De los 202 médicos con un resultado final de expediente sin responsabilidad profesional médica, se observa que 119 médicos padecieron reacción emocional y en cambio, 83 médicos no padecieron impacto psicológico. De los 96 casos que sí que tuvieron responsabilidad profesional médica, se observa que 55 médicos padecieron reacción emocional y en cambio 41 casos no indicaron impacto psicológico.

Se observa que no hay relación significativa entre el final del expediente y la reacción emocional.



Resultado final del expediente Vs. impacto psicológico				
Reacción emocional	No RpM (N:202)	RpM (N:96)	Total	p
Sí	119(58,9%)	55(57,2%)	174	0,791
No	83 (41%)	41(42,7%)	124	
Total	202	96	298	

A continuación se van a especificar las relaciones entre el resultado final del expediente (No hay responsabilidad profesional y hay responsabilidad profesional) y el impacto psicológico. Sólo se observa relación significativa entre el resultado final del expediente y los sentimientos de culpa.

Síntomas concretos vs. Resultado final de expediente			
Síntomas (N:298)	No RpM (202)	RpM (96)	p
Preocupación (172, 57,7%)	117 (57,9%)	55 (57,2%)	0,918
Decepción (163, 54,6%)	114 (56,4%)	49 (51%)	0,382
Frustración (158, 53,%)	111 (54,9%)	47 (48,9%)	0,333
Indignación (158, 53%)	108 (53,4%)	50 (52%)	0,823
Reexperimentación (154, 51,6%)	104 (51,4%)	50 (52%)	0,923
Desconfianza (151, 50,6%)	102 (50,4%)	49 (51%)	0,930
Ansiedad/ Inquietud (150, 50%)	99 (49%)	51 (53,1%)	0,507
Irritabilidad (124, 41%)	82 (40,5%)	42 (43,7%)	0,606
Estado de ánimo bajo (122, 40,9%)	80 (39,6%)	42 (43,7%)	0,496





Síntomas concretos vs. Resultado final de expediente			
Síntomas (N:298)	No RpM (202)	RpM (96)	p
Insomnio (100, 33,5%)	62 (30,6%)	38 (39,5%)	0,129
Pesadillas (78, 26,1%)	46 (22,7%)	32 (33,3%)	0,053
Concentración (74, 24,8%)	48 (23,7%)	26 (27%)	0,535
Autoestima (51, 17,1%)	32 (15,8%)	19 (19,7%)	0,398
Apatía (50, 16,7%)	32 (15,8%)	18 (18,7%)	0,53
Sentimientos incapacidad (41, 13,7%)	25 (12,3%)	16 (16,6%)	0,315
Desesperanza (38, 12,7%)	24 (11,8%)	14 (14,5%)	0,513
Competencia profesional (35, 11,7%)	19 (9,4%)	16 (16,6%)	0,069
Cefalea (35, 11,7%)	22 (10,8%)	13 (13,5%)	0,507
Sentimientos de culpa (33, 11%)	17 (8,4%)	16 (16,6%)	<b>0,034</b>
Soledad (31, 10,4%)	18 (8,9%)	13 (13,5%)	0,221
Aislamiento (27, 9%)	18 (8,9%)	9 (9,3%)	0,896
Síntomas gastrointestinales (26, 8,7%)	20 (9,9%)	6 (6,2%)	0,297
Vergüenza (21, 7%)	11 (5,4%)	10 (10,4%)	0,117
Retraso psicomotor (21, 7%)	11 (5,4%)	10 (10,4%)	0,117



Síntomas concretos vs. Resultado final de expediente			
Síntomas (N:298)	No RpM (202)	RpM (96)	p
Fatiga (21, 7%)	11 (5,4%)	10 (10,4%)	0,117
Humillación (17, 5,7%)	10 (4,9%)	7 (7,2%)	0,415
Pérdida o aumento peso (14, 4,6%)	11 (5,4%)	3 (3,1%)	
Pensamiento suicida (3, 1%)	2 (0,9%)	1 (1%)	
Total: 298	202	96	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5

En la tabla siguiente se observa la relación entre el resultado final del expediente (No responsabilidad profesional y responsabilidad profesional) y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis en la muestra total de expedientes cerrados (298). No se observa relación significativa entre el resultado final del expediente y las consecuencias en el bienestar y la praxis.

Consecuencias vs. Resultado final de expediente			
Síntomas (N:298)	No RpM (202)	RpM (96)	p
Agravamiento patología previa (4, 1,3%)	1 (0,4%)	3 (3,1%)	
Aparición nueva patología (5, 1,6%)	2 (0,9%)	3 (3,1%)	
Inicio consumo de sustancias (5, 1,6%)	4 (1,9%)	1 (1%)	
Necesidad de ayuda psicológica (10, 3,3%)	9 (4,4%)	1 (1%)	



Consecuencias vs. Resultado final de expediente			
Síntomas (N:298)	No RpM (202)	RpM (96)	p
Necesidad de fármacos (7, 2,3%)	6 (2,9%)	1 (1%)	
Afectación vida personal (68, 22,8%)	46 (22,7%)	22 (22,9%)	0,978
Afectación vida familiar (67, 22,4%)	45 (22,2%)	22 (22,9%)	0,902
Afectación vida social (61, 20,4%)	39 (19,3%)	22 (22,9%)	0,47
Afectación con los compañeros (22, 7,3%)	14 (6,9%)	8 (8,3%)	0,665
Cambios en la práctica clínica (142, 47, 6%)	93 (46,9%)	49 (51%)	0,653
Realizar pruebas (110, 36,9%)	70 (34,6%)	40 (41,6%)	0,241
Mayor atención registro (139, 48%)	90 (44,5%)	49 (51%)	0,294
Evitar pacientes (47, 15,7%)	32 (15,8%)	15 (15,6%)	0,962
Evitar procedimientos (43, 14,4%)	28 (13,8%)	15 (15,6%)	0,686
Búsqueda información (89, 29,8%)	59 (29,2%)	30 (31,2%)	0,719
Hipervigilancia (141, 47,3%)	92 (45,5%)	49 (51%)	0,374
Total : 298	202	96	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5



### 9. El impacto psicológico en su relación con las consecuencias sobre el bienestar y la praxis clínica

En la tabla siguiente se observa si ha habido relación significativa entre el impacto psicológico y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis clínica. Se observan varias relaciones significativas entre consecuencias e impacto psicológico.

Consecuencias vs. Impacto psicológico			
Consecuencias	Sí (N:174)	No (N:124)	p
Agravamiento patología previa (4, 1,3%)	4 (2,2%)	0	
Aparición nueva patología (5, 1,6%)	5 (2,8%)	0	
Inicio consumo de sustancias (5, 1,6%)	5 (2,8%)	0	
Necesidad de ayuda psicológica (10, 3,3%)	10 (5,7%)	0	
Necesidad de fármacos (7, 2,3%)	7 (4%)	0	
Afectación vida personal (68, 22,8%)	68 (39%)	0	
Afectación vida familiar (67, 22,4%)	67 (38,5%)	0	
Afectación vida social (61, 20,4%)	61 (38%)	0	
Afectación con los compañeros (22, 7,3%)	22 (12,6%)	0	



Consecuencias vs. Impacto psicológico			
Consecuencias	Sí (N:174)	No (N:124)	p
Cambios en la práctica clínica (142, 47,6%)	119 (68,3%)	23 (18,5%)	<b>0,000</b>
Realizar pruebas (110, 36,9%)	92 (52,8%)	18 (14,5%)	<b>0,000</b>
Mayor atención registro (139, 48%)	117 (67,2%)	22 (17,7%)	<b>0,000</b>
Evitar pacientes (47, 15,7%)	44 (25,2%)	3 (2,4%)	<b>0,000</b>
Evitar procedimientos (43, 14,4%)	43 (24,7%)	0	
Búsqueda información (89, 29,8%)	73 (41,9%)	16 (12,9%)	<b>0,000</b>
Hipervigilancia (141, 47,3%)	119 (68,3%)	22 (17,7%)	<b>0,000</b>
Total :298	174	124	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5

La siguiente tabla muestra la relación entre el número de síntomas y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis. Se observan relaciones significativas entre el número de síntomas y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis.



RESULTADOS

Consecuencias (N:298)		N	p	Media	Desviación	Desviación error promedio	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza
Agravamiento patología previa (4, 1,3%)	Sí	4		14	3,367	1,683	3,417	0,785 – 14,236
	No	294		6,49	6,815	0,397		
Aparición nueva patología (5, 1,6%)	Sí	5	0,034	13	7,176	0,089	3,063	0,490-12,547
	No	293		6,48	6,787	0,396		
Inicio consumo de sustancia (5, 1,6%)	Sí	5	<b>0,001</b>	16,4	5,320	2,379	3,032	4,010- 15,943
	No	293		6,42	6,739	0,394		
Necesidad de ayuda psicológica (10, 3,3%)	Sí	10	<b>0,000</b>	19,4	4,812	1,522	2,062	9,196-17,313
	No	288		6,15	6,455	0,380		
Necesidad de fármacos (7, 2,3%)	Sí	7	<b>0,001</b>	15,29	6,550	2,476	2,566	3,854 – 13,954
	No	291		6,38	6,712	0,393		
Afectación a la vida personal (68, 22,8%)	Sí	68	<b>0,000</b>	13,74	5,399	0,655	0,776	7,729 – 10,785
	No	230		4,48	5,690	0,375		
Afectación a la vida familiar (67, 22,4%)	Sí	67	<b>0,000</b>	14,03	5,472	0,668	0,769	8,084 – 11,109
	No	231		4,43	5,558	0,366		
Afectación a la vida social (61, 20,4%)	Sí	61	<b>0,000</b>	14,25	5,552	0,711	0,808	8,036- 11,215
	No	237		4,62	5,645	0,367		
Afectación con los compañeros (22, 7,3%)	Sí	22	<b>0,000</b>	15,55	5,544	1,182	1,408	6,897-12,440
	No	276		5,88	6,414	0,386		
Cambios en la práctica clínica (142, 47,6%)	Sí	142	<b>0,000</b>	10,27	6,731	0,565	0,690	5,679-8,396
	No	156		3,24	4,948	0,396		
Realizar pruebas (110, 36,9%)	Sí	110	<b>0,000</b>	10,34	6,883	0,656	0,746	4,470 – 7,405
	No	188		4,40	5,783	0,422		
Mayo atención al registro (139, 48%)	Sí	139	<b>0,000</b>	10,26	6,720	0,570	0,687	5,523 – 8,227
	No	159		3,38	5,110	0,405		



El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malapaxis.

Consecuencias (N:298)		N	p	Media	Desviación	Desviación error promedio	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza																																						
Evitar pacientes (45, 15,7%)	Sí	251	<b>0,000</b>	12,91	6,413	0,935	0,996	5,548 – 9,469																																						
	No	43		5,41	6,242	0,394			Evitar procedimientos (43, 14,4%)	Sí	255	<b>0,000</b>	14,19	5,929	0,904	1,003	6,902-10,851	No	89	5,31	6,112	0,383	Búsqueda de información (89, 29,8%)	Sí	209	<b>0,000</b>	10,84	5,745	0,775	0,791	4,505- 7,620	No	141	4,78	6,694	0,397	Hipervigilancia (141, 47,3%)	Sí	157	<b>0,000</b>	10,34		0,564	0,689	5,762-8,473	No
Evitar procedimientos (43, 14,4%)	Sí	255	<b>0,000</b>	14,19	5,929	0,904	1,003	6,902-10,851																																						
	No	89		5,31	6,112	0,383			Búsqueda de información (89, 29,8%)	Sí	209	<b>0,000</b>	10,84	5,745	0,775	0,791	4,505- 7,620	No	141	4,78	6,694	0,397	Hipervigilancia (141, 47,3%)	Sí	157	<b>0,000</b>	10,34		0,564	0,689	5,762-8,473	No		3,22		0,395										
Búsqueda de información (89, 29,8%)	Sí	209	<b>0,000</b>	10,84	5,745	0,775	0,791	4,505- 7,620																																						
	No	141		4,78	6,694	0,397			Hipervigilancia (141, 47,3%)	Sí	157	<b>0,000</b>	10,34		0,564	0,689	5,762-8,473	No		3,22		0,395																								
Hipervigilancia (141, 47,3%)	Sí	157	<b>0,000</b>	10,34		0,564	0,689	5,762-8,473																																						
	No			3,22		0,395																																								

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5



Específicamente en la tabla siguiente se indican todos los síntomas y la relación con las consecuencias en relación a la atención que han necesitado los médicos en la muestra total de los 298 médicos. Se observan muchas relaciones significativas.

Síntomas concretos vs. Consecuencias										
Síntomas (N:298)	Agravamiento patología previa	p	Aparición nueva patología	p	Inicio consumo de sustancias	p	Necesidad ayuda psicológica	p	Necesidad de fármacos	p
Preocupación	4		5	<b>0,000</b>	5	<b>0,000</b>	10	<b>0,000</b>	7	<b>0,000</b>
Decepción	4		4		5	<b>0,000</b>	10	<b>0,000</b>	7	<b>0,000</b>
Frustración	4		4		4		9	<b>0,000</b>	6	<b>0,000</b>
Indignación	4		4		4		9	<b>0,000</b>	6	<b>0,000</b>
Reexperimentación	4		5	<b>0,029</b>	5	<b>0,029</b>	9	<b>0,014</b>	6	<b>0,068</b>
Desconfianza	4		4		4		9	<b>0,000</b>	7	<b>0,000</b>
Ansiedad/Inquietud	3		5	<b>0,000</b>	4		10	<b>0,000</b>	6	<b>0,000</b>
Irritabilidad	4		3		3		9	<b>0,002</b>	6	<b>0,017</b>
Estado de ánimo bajo	4		4		5	<b>0,007</b>	10	<b>0,000</b>	5	<b>0,097</b>
Insomnio	3		5	<b>0,002</b>	5	<b>0,002</b>	9	<b>0,000</b>	5	<b>0,032</b>
Pesadillas	3		4		4		8	<b>0,000</b>	4	
Concentración	2		3		4		9	<b>0,000</b>	5	<b>0,004</b>
Autoestima	2		2		3		7	<b>0,000</b>	2	
Apatía	1		1		4		9	<b>0,000</b>	4	
Sentimientos incapacidad	1		2		3		9	<b>0,000</b>	4	
Desesperanza	1		1		2		10	<b>0,000</b>	5	<b>0,000</b>
Competencia profesional	2		1		1		8	<b>0,000</b>	4	
Cefalea	1		3		4		6	<b>0,000</b>	2	
Sentimientos culpa	1		2		4		6	<b>0,000</b>	2	
Soledad	1		2		2		8	<b>0,000</b>	4	
Aislamiento	0		1		3		8	<b>0,000</b>	4	
Síntomas gastrointestinales	0		1		2		5	<b>0,000</b>	1	
Vergüenza	0		0		2		3	<b>0,004</b>	2	
Retraso psicomotor	1		2		0		5	<b>0,000</b>	3	
Fatiga	2		2		3		2	<b>0,104</b>	1	
Humillación	0		1		1		2	<b>0,047</b>	1	
Pérdida o aumento de peso	2		0		2		4	<b>0,000</b>	1	
Pensamiento suicida	0		0		0		1	<b>0,004</b>	1	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5





El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malapaxis.

En esta tabla se establece la relación de los diferentes tipos de impacto psicológico y la afectación a las diferentes esferas vitales de los 298 médicos. Se observan en todas variables relaciones significativas menos en pensamiento suicida.

Síntomas concretos vs. Consecuencias								
Síntomas (N:298)	Afectación vida personal	p	Afectación vida familiar	p	Afectación vida social	p	Afectación compañeros	p
Preocupación	68	0,000	67	0,000	61	0,000	22	0,000
Decepción	65	0,000	64	0,000	58	0,000	22	0,000
Frustración	63	0,000	62	0,000	59	0,000	21	0,000
Indignación	62	0,000	61	0,000	57	0,000	20	0,000
Reexperimentación	66	0,000	65	0,000	59	0,000	22	0,000
Desconfianza	65	0,000	64	0,000	58	0,000	20	0,000
Ansiedad/Inquietud	65	0,000	64	0,000	59	0,000	22	0,000
Irritabilidad	53	0,000	53	0,000	50	0,000	18	0,000
Estado de ánimo bajo	56	0,000	57	0,000	51	0,000	18	0,000
Insomnio	54	0,000	55	0,000	48	0,000	16	0,000
Pesadillas	44	0,000	44	0,000	39	0,000	15	0,000
Concentración	42	0,000	42	0,000	38	0,000	15	0,000
Autoestima	33	0,000	34	0,000	33	0,000	15	0,000
Apatía	31	0,000	32	0,000	29	0,000	13	0,000
Sentimientos incapacidad	27	0,000	28	0,000	27	0,000	12	0,000
Desesperanza	23	0,000	24	0,000	23	0,000	10	0,000
Competencia profesional	18	0,000	18	0,000	19	0,000	8	0,000
Cefalea	25	0,000	26	0,000	23	0,000	9	0,000
Sentimientos culpa	19	0,000	21	0,000	19	0,000	9	0,000
Soledad	21	0,000	22	0,000	21	0,000	9	0,000
Aislamiento	21	0,000	21	0,000	22	0,000	10	0,000
Síntomas gastrointestinales	18	0,000	19	0,000	17	0,000	9	0,000
Vergüenza	12	0,000	11	0,001	12	0,000	7	0,000
Retraso psicomotor	13	0,000	12	0,000	13	0,000	4	0,034
Fatiga	13	0,000	15	0,000	13	0,000	6	0,000
Humillación	12	0,000	12	0,000	11	0,000	7	0,000
Pérdida o aumento de peso	11	0,000	12	0,000	12	0,000	5	0,000
Pensamiento suicida	2		2		2		1	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5



## RESULTADOS

En la tabla que observamos a continuación se indica los diferentes tipos de síntomas en relación a los cambios que se producen en la praxis clínica en la muestra total de 298 médicos. Se observa también en todas las variables relaciones significativas a excepción de pensamiento suicida.

Síntomas concretos vs. Consecuencias														
Síntomas (N:298)	Cambios en la práctica clínica	Realizar pruebas		Mayor atención al registro		Evitar pacientes		Evitar procedimientos		Búsqueda de información		Hipervigilancia		
		p		p		p		p		p		p		
Preocupación	117	0,000	90	0,000	115	0,000	43	0,000	43	0,000	72	0,000	117	0,000
Decepción	111	0,000	87	0,000	109	0,000	43	0,000	42	0,000	71	0,000	111	0,000
Frustración	109	0,000	85	0,000	107	0,000	41	0,000	41	0,000	70	0,000	109	0,000
Indignación	108	0,000	84	0,000	106	0,000	41	0,000	40	0,000	69	0,000	108	0,000
Reexperimentación	109	0,000	84	0,000	108	0,000	40	0,000	40	0,000	68	0,000	109	0,000
Desconfianza	106	0,000	82	0,000	103	0,000	41	0,000	41	0,000	68	0,000	105	0,000
Ansiedad/Inquietud	105	0,000	82	0,000	103	0,000	40	0,000	38	0,000	64	0,000	106	0,000
Irritabilidad	87	0,000	68	0,000	85	0,000	33	0,000	32	0,000	56	0,000	88	0,000
Estado de ánimo bajo	89	0,000	69	0,000	87	0,000	37	0,000	35	0,000	55	0,000	89	0,000
Insomnio	77	0,000	59	0,000	75	0,000	34	0,000	33	0,000	49	0,000	77	0,000
Pesadillas	58	0,000	44	0,000	57	0,000	25	0,000	25	0,000	39	0,000	58	0,000
Concentración	61	0,000	49	0,000	58	0,000	26	0,000	26	0,000	46	0,000	61	0,000
Autoestima	43	0,000	33	0,000	42	0,000	19	0,000	18	0,000	31	0,000	42	0,000
Apatía	44	0,000	32	0,000	43	0,000	20	0,000	20	0,000	32	0,000	43	0,000
Sentimientos incapacidad	35	0,000	28	0,000	34	0,000	18	0,000	20	0,000	27	0,000	35	0,000
Desesperanza	33	0,000	25	0,000	32	0,000	16	0,000	18	0,000	24	0,000	33	0,000
Competencia profesional	30	0,000	25	0,000	30	0,000	13	0,000	16	0,000	22	0,000	30	0,000
Cefalea	32	0,000	26	0,000	30	0,000	17	0,000	15	0,000	22	0,000	32	0,000
Sentimientos culpa	30	0,000	26	0,000	30	0,000	15	0,000	17	0,000	22	0,000	30	0,000
Soledad	27	0,000	23	0,000	26	0,000	16	0,000	17	0,000	22	0,000	27	0,000
Aislamiento	24	0,000	21	0,000	23	0,000	13	0,000	15	0,000	19	0,000	24	0,000
Síntomas gastrointestinales	24	0,000	18	0,000	23	0,000	13	0,000	12	0,000	20	0,000	24	0,000
Vergüenza	12	0,000	15	0,001	18	0,000	7	0,22	9	0,000	13	0,001	19	0,000
Retraso psicomotor	18	0,000	16	0,000	18	0,000	7	0,022	9	0,000	16	0,000	18	0,000
Fatiga	18	0,000	15	0,001	17	0,001	13	0,000	12	0,000	15	0,000	18	0,000
Humillación	16	0,000	12	0,003	15	0,000	9	0,000	9	0,000	11	0,001	16	0,000
Pérdida o aumento de peso	10	0,068	7	0,299	9	0,175	7	0,000	6	0,002	9	0,004	10	0,064
Pensamiento suicida	1		1		1		0		1		1		1	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5



## 6.2. Análisis de la submuestra de 282 facultativos encuestados en 2017 que tenían procedimientos cerrados o abiertos en 2016.

Un total de 282 médicos de los 462 médicos con expedientes abiertos y cerrados en el año 2016 respondieron a nuestra encuesta (61,03%).

Un total de 168 de los 291 médicos reclamados recientemente respondieron a la evaluación (59,6%), frente a 114 (40,4%) de los 171 médicos con una reclamación cerrada. Aquellos con una reclamación abierta respondieron con más frecuencia el cuestionario, resultando estadísticamente significativo ( $p=0.0002$ ).

Tipo de expediente				
	Frecuencia (N:282)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
Expediente abierto	168	59,60%	59,60%	0,03
Expediente cerrado	114	40,40%	100%	0,03
Total	282	100%		

### 1. Tipo de expediente en procedimientos abiertos y cerrados en el año 2016

En relación a la muestra total, observamos en la tabla específica sobre el tipo de expediente judicial, 65 médicos han tenido un procedimiento cerrado de tipo civil, correspondiendo a un 23%. Ha habido 140 médicos con procedimientos extrajudiciales y esto corresponde al 49,6% de la muestra total. Por último, 77 médicos han tenido un procedimiento penal y por tanto es el 27,3% de la muestra.

Tipo de expediente				
	Frecuencia (N:282)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
Civil	65	23%	23%	0,03
Extrajudicial	140	49,60%	72,60%	0,03
Penal	77	27,30%	100%	0,03
Total	282	100%		



A continuación se indica la tabla en relación a los expedientes abiertos y cerrados en el año 2016 con causa penal vs lo que no pasaron por un procedimiento penal. En comparación con la muestra total, 205 médicos tuvieron un procedimiento no penal, correspondiendo al 72,7% de la muestra y 77 médicos pasaron por un procedimiento penal, correspondiendo al 27,7% de la muestra.

Penal / No penal				
	Frecuencia (N:282)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
No penal	205	72,70%	72,70%	0,03
Penal	77	27,30%	100%	0,03
Total	282	100%		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre casos abiertos y cerrados en cuanto al tipo de procedimiento judicial o extrajudicial ( $p=0.2646$ ), ni en cuanto a procedimientos penales y no penales ( $p=0.8972$ ).

## 2. Reacción emocional de la reclamación

En relación al impacto psicológico de la reclamación en los médicos evaluados, de los 282 médicos que se entrevistó, 159 afirmaron que habían padecido reacción psicológica significativa ante la reclamación, correspondiendo al 56,4% y por tanto, 123 médicos confirmaron no haber padecido ningún tipo de reacción emocional ante la reclamación, siendo el 43,6% de la muestra.

Reacción emocional				
	Frecuencia (N:282)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
Sí	159	56,40%	56,40%	0,03
No	123	43,60%	100%	0,03
Total	282	100%		



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre procedimientos abiertos o cerrados ( $p=0.2477$ ), ni respecto a procedimientos judiciales o extrajudiciales ( $p=0.2358$ ), aunque el porcentaje de reacción emocional fue mayor en los procedimientos judiciales (59.85% vs. 52.8%).

Aquellos médicos que se enfrentaron a un procedimiento penal sí que mostraron un porcentaje significativamente mayor de impacto psicológico que quienes sufrieron un procedimiento no penal (extrajudicial o civil) (67.53% vs. 52.19%;  $p=0.0206$ ).

### 3. Número de síntomas

En relación al número de síntomas, la media de síntomas que un médico afirma que ha padecido es de 6,4, teniendo en cuenta que de los 298 médicos evaluados son 174 médicos los que han afirmado haber padecido algún tipo de síntoma psicológico.

Número casos	Válidos	298
	Perdidos	0
Media		<b>6,4</b>
Mediana		6
Moda		0
Desviación		7,100
Varianza		50,413
Mínimo		0
Máximo		26
Percentiles	25	0,00
	50	6
	75	10,25

En cuanto a la relación entre el número de síntomas y la frecuencia, se observa que 123 médicos de los 282 afirmaron no padecer sintomatología psicológica y de los 159 restantes se indica la relación entre el número de síntomas y la frecuencia.



RESULTADOS

Número síntomas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Error estándar
0	123	43,62%	43,62%	0,03
1	1	0,35%	43,97%	0,004
2	1	0,35%	44,33%	0,004
3	3	1,06%	45,39%	0,006
4	3	1,06%	46,45%	0,006
5	6	2,13%	48,58%	0,01
6	14	4,96%	53,55%	0,01
7	19	6,74%	60,28%	0,01
8	17	6,03%	66,31%	0,01
9	14	4,96%	71,28%	0,01
10	11	3,90%	75,18%	0,01
11	8	2,84%	78,01%	0,01
12	12	4,26%	82,27%	0,01
13	8	2,84%	85,11%	0,01
14	5	1,77%	86,88%	0,01
16	2	0,71%	87,59%	0,005
17	3	1,06%	88,65%	0,01
18	5	1,77%	90,43%	0,01
19	3	1,06%	91,49%	0,01
20	5	1,77%	93,26%	0,01
21	7	2,48%	95,74%	0,01
22	3	1,06%	96,81%	0,01
23	4	1,42%	98,23%	0,01
24	4	1,42%	99,65%	0,01
26	1	0,35%	100,00%	0,003
Total	282			



Continuando con el apartado de síntomas, se especifica en la siguiente tabla el tipo de sintomatología psicológica de los 282 médicos evaluados y la relación del tipo de síntoma con la frecuencia del síntoma. Se observa que la preocupación fue el síntoma más recurrente en los médicos y el menos frecuente los pensamientos de suicidio.

Tipo de síntoma			
Variable	Frecuencia (N:282)	Porcentaje	Error estándar
Preocupación	156	55,32%	0,03
Decepción	153	54,26%	0,03
Frustración	152	53,90%	0,03
Indignación	152	53,90%	0,03
Reexperimentación	151	53,55%	0,03
Desconfianza	151	53,55%	0,03
Ansiedad/Inquietud	136	48,23%	0,03
Irritabilidad	123	43,62%	0,03
Estado de ánimo bajo	110	39,01%	0,03
Insomnio	88	31,21%	0,03
Pesadillas	71	25,18%	0,03
Concentración	70	24,82%	0,03
Disminución de la autoestima	55	19,50%	0,02
Sentimientos de incapacidad	43	15,25%	0,02
Apatía	42	14,89%	0,02
Culpa	37	13,12%	0,02
Soledad	37	13,12%	0,02
Cefalea	36	12,77%	0,02
Síntomas gastrointestinales	36	12,77%	0,02
Retraso psicomotor	33	11,70%	0,02
Competencia profesional	32	11,35%	0,02
Aislamiento	32	11,35%	0,02
Desesperanza	31	10,99%	0,02
Fatiga	31	10,99%	0,02
Humillación	27	9,57%	0,02
Vergüenza	24	8,51%	0,02
Pérdida o aumento de peso	15	5,32%	0,01
Pensamientos de suicidio	2	0,71%	0,005



#### 4. Consecuencias

En relación a las consecuencias, de los 282 médicos evaluados con expedientes de reclamación abiertos y cerrados en el año 2016, 2 confirmaron un agravamiento o empeoramiento de patología previa y 5 médicos de la muestra total afirmaron la aparición de una nueva patología.

Un médico indica que a causa de la reclamación, el trastorno de conducta alimentaria (TCA) de tipo bulímico que sufría ha empeorado. Otro médico ha especificado que su patología cardíaca se ha agravado, otro médico ha afirmado que sus problemas de dermatitis han empeorado y por último, un médico ha informado que su patología tiroidea se ha agravado a causa de la reclamación.

De los 5 médicos que han afirmado que han padecido una nueva patología derivada de la reclamación: 1 afirma haber padecido una contractura, otro médico refiere haber padecido osteonecrosis femoral, otro médico indica haber padecido psoriasis y por último hay dos médicos que refieren haber padecido una nueva patología pero no especifican de qué tipo. Continuando con las consecuencias, se observa que 7 médicos de los 282 han confirmado un inicio o agravamiento de consumo de tóxicos. En relación al tipo de tóxicos del cual han iniciado o agravado su consumo, 4 de los 298 médicos han referido el consumo del tabaco y los 3 restantes ha indicado otro tipo de tóxico sin especificar.

En la siguiente tabla se indica la necesidad de atención psicológica o farmacológica a causa de la reclamación. Se observa que 10 médicos necesitaron atención psicológica y 6 médicos necesitaron tratamiento farmacológico, comparados con la muestra total, 282 médicos. Respecto al tratamiento psicofarmacológico, 5 médicos han necesitado tratamiento ansiolítico y dos han requerido tratamiento antidepresivo.

Consecuencias			
	Frecuencia (N: 282)	Porcentaje	Error estándar
Agravamiento o empeoramiento patología	1	0,8 %	0,01
Aparición nueva patología	3	2,6%	0,01
Inicio o agravamiento consumo de tóxicos	3	2,6%	0,01
Necesidad de ayuda psicológica	5	4,3%	0,01
Necesidad de fármacos	2	1,7%	0,01





Las reclamaciones por mala praxis pueden afectar a la esfera personal, familiar y social. En la siguiente tabla se indica que de la muestra global de médicos evaluados, 282; 78 indicaron que dicha reclamación había afectado a su vida personal, 72 médicos afirmaron que les había afectado a nivel familiar, 70 facultativos refirieron que les había afectado en el ámbito social y 27 médicos afirmaron que les afectó en su relación con sus iguales.

Afectación			
	Frecuencia (N: 282)	Porcentaje	Error estándar
Personal	78	27,66%	0,03
Familiar	72	25,53%	0,03
Social	70	24,82%	0,03
Compañeros	27	9,57%	0,02

La siguiente tabla se centra en los cambios que puede haber en la práctica habitual a raíz de una reclamación de mala praxis. 131 de los 282 médicos entrevistados confirmaron haber realizado cambios en su práctica clínica debido a la reclamación. Específicamente, 102 médicos de la muestra total confirmaron realizar pruebas complementarias para así asegurar el diagnóstico. 119 médicos indicaron prestar más atención al registro documental. 61 médicos afirmaron que evitaban a cierto tipo de pacientes y 56 médicos decidieron evitar cierto tipo de procedimientos. 107 médicos realizaron búsquedas de información y por último, 129 médicos se mostraron hipervigilantes en su práctica clínica.

Cambios en la práctica			
	Frecuencia (N: 282)	Porcentaje	Error estándar
Cambios en la práctica clínica	131	46,45%	0,03
Realización pruebas	102	36,17%	0,03
Atención registro	119	42,20%	0,03
Evitar pacientes	61	21,63%	0,02
Evitar procedimientos	56	19,86%	0,02
Búsqueda de información	107	37,94%	0,03
Hipervigilancia	129	45,74%	0,03



**5. El tipo de expediente en su relación con el impacto psicológico y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis.**

En nuestra muestra de 282 médicos con reclamaciones en el año 2016, 168 médicos tenían un expediente abierto y de los cuales 90 de ellos padecieron impacto psicológico. Los médicos con expedientes cerrados fueron 114 y de los cuales 69 sufrieron afectación psicológica. Se observa que no hay relación significativa.

Tipo expediente Vs. impacto psicológico				
Impacto psicológico	Expediente abierto (N:168)	Expediente cerrado (N:114)	Total	p
Sí	90 (53,5%)	69 (60,5%)	159	0,248
No	78 (46,4%)	45 (39,4%)	123	
Total	168	114	282	

Observamos en la tabla siguiente que de la muestra total, 282, encontramos a 205 médicos que tenían un procedimiento penal y de los cuales 107 padecieron impacto psicológico. Los médicos con procedimientos penales fueron 77 y 52 de ellos sufrieron afectación psicológica.

Tipo expediente Vs. impacto psicológico				
Impacto psicológico	No penal (N:205)	Penal (N:77)	Total	p
Sí	107(52,1%)	52(67,5%)	159	0,021
No	98 (47,8%)	25(32,4%)	123	
Total	205	77	282	

En el siguiente apartado se especifica la relación entre los expedientes abiertos, que este caso son 168 en relación al impacto psicológico y la relación entre los expedientes cerrados, 114 médicos y la sintomatología psicológica. También se va a indicar las relaciones entre el tipo de expediente (no penal y penal) como determinante del impacto psicológico causado en los médicos. Como se ha mencionado con anterioridad, el número de casos totales con expedientes no penales son de 205 médicos. Los casos con expedientes penales totales son de 77 médicos. Se observan varias relaciones significativas entre los síntomas concretos y el tipo de expediente



Síntomas concretos vs. Tipo de expediente			
Síntomas (N:282)	Expediente abierto (168)	Expediente cerrado (114)	p
Preocupación (156; 55,3%)	87 (51,7%)	69 (60,5%)	0,1473
Decepción (153; 54,2%)	85 (50,5%)	68 (59,6%)	0,1342
Frustración (152; 53,9%)	85 (50,5%)	67 (58,7%)	0,1764
Indignación (152; 53,9%)	85 (50,5%)	67 (58,7%)	0,1764
Reexperimentación (151; 53,5%)	84 (50%)	67 (58,7%)	0,1472
Desconfianza (151; 53,5%)	85 (50,5%)	66 (57,8%)	0,2277
Ansiedad / Inquietud (136; 48,2%)	75 (44,6%)	61 (53,5%)	0,1436
Irritabilidad (123; 43,6%)	71 (42,2%)	52 (45,6%)	0,5774
Estado de ánimo bajo (110; 39%)	62 (36,9%)	48 (42,1%)	0,3795
Insomnio (88; 31,2%)	44 (26,1%)	44 (38,5%)	<b>0,0273</b>
Pesadillas (71; 25,1%)	34 (20,2%)	37 (32,4%)	0,0203
Concentración (70; 24,8%)	35 (20,8%)	35 (30,7%)	<b>0,002</b>
Autoestima (55; 19,5%)	30 (17,8%)	25 (21,9%)	0,3969
Sentimientos de incapacidad (43; 15,2%)	23 (13,6%)	20 (17,5%)	0,3770
Apatía (42; 14,8%)	24 (14,2%)	18 (15,7%)	0,7277
Culpa (37; 13,1%)	18 (10,7%)	19 (16,6%)	0,1462

Síntomas concretos vs. Tipo de expediente			
Síntomas (N:282)	No penal (205)	Penal (77)	p
Preocupación (156; 55,3%)	105 (51,2%)	51 (66,2%)	<b>0,0237</b>
Decepción (153; 54,2%)	101 (49,2%)	52 (67,5%)	<b>0,0061</b>
Frustración (152; 53,9%)	103 (50,2%)	49 (63,6%)	<b>0,0444</b>
Indignación (152; 53,9%)	102 (49,7%)	50 (64,9%)	<b>0,0227</b>
Reexperimentación (151; 53,5%)	101 (49,2%)	50 (64,9%)	<b>0,0188</b>
Desconfianza (151; 53,5%)	102 (49,7%)	49 (63,6%)	<b>0,0372</b>
Ansiedad / Inquietud (136; 48,2%)	92 (44,8%)	44 (57,1%)	0,0663
Irritabilidad (123; 43,6%)	81 (39,5%)	42 (54,5%)	<b>0,0237</b>
Estado de ánimo bajo (110; 39%)	70 (34,1%)	40 (51,9%)	<b>0,0006</b>
Insomnio (88; 31,2%)	61 (29,7%)	27 (35%)	0,3928
Pesadillas (71; 25,1%)	50 (24,3%)	21 (27,2%)	0,6170
Concentración (70; 24,8%)	42 (20,4%)	28 (36,3%)	<b>0,0059</b>
Autoestima (55; 19,5%)	35 (17%)	20 (25,9%)	0,0930
Sentimientos de incapacidad (43; 15,2%)	28 (13,6%)	15 (19,4%)	0,2253
Apatía (42; 14,8%)	27 (13,1%)	15 (19,4%)	0,1846
Culpa (37; 13,1%)	22 (10,7%)	15 (19,4%)	0,0524



RESULTADOS

Síntomas concretos vs. Tipo de expediente			
Síntomas (N:282)	Expediente abierto (168)	Expediente cerrado (114)	p
Soledad (37; 13,1%)	18 (10,7%)	19 (16,6%)	0,1462
Cefalea (36; 12,7%)	17 (10,1%)	19 (16,6%)	0,1058
Síntomas gastrointestinales (36; 12,7%)	20 (11,9%)	16 (14%)	0,5988
Retraso psicomotor (33; 10,4%)	20 (11,9%)	13 (11,4%)	0,8977
Competencia profesional (32; 11,7%)	16 (9,5%)	16 (14%)	0,2411
Aislamiento (32; 11,7%)	16 (9,5%)	16 (14%)	0,2411
Desesperanza (31; 10,9%)	16 (9,5%)	15 (13,1%)	0,3383
Fatiga (31; 10,9%)	17 (10,1%)	14 (14%)	0,5690
Humillación (27; 9,5%)	16 (9,5%)	11 (9,6%)	0,9720
Vergüenza (24; 8,5%)	14 (8,3%)	10 (8,7%)	<b>0,0400</b>
Pérdida o aumento peso (15; 5,3%)	6 (3,5%)	9 (7,8%)	0,1123
Pensamiento suicida (2; 0,7%)	0 (0%)	2 (1,7%)	
Total: 282	168	114	

Síntomas concretos vs. Tipo de expediente			
Síntomas (N:282)	No penal (205)	Penal (77)	p
Soledad (37; 13,1%)	22 (10,7%)	15 (19,4%)	0,0524
Cefalea (36; 12,7%)	22 (10,7%)	14 (18,1%)	0,0948
Síntomas gastrointestinales (36; 12,7%)	22 (10,7%)	14 (18,1%)	0,0948
Retraso psicomotor (33; 10,4%)	18 (8,7%)	15 (19,4%)	<b>0,0127</b>
Competencia profesional (32; 11,7%)	18 (8,7%)	14 (18,1%)	<b>0,0265</b>
Aislamiento (32; 11,7%)	20 (9,7%)	12 (15,5%)	0,1692
Desesperanza (31; 10,9%)	20 (9,7%)	11 (14,2%)	0,2794
Fatiga (31; 10,9%)	22 (10,7%)	9 (11,6%)	0,8230
Humillación (27; 9,5%)	18 (8,7%)	9 (11,6%)	0,4583
Vergüenza (24; 8,5%)	15 (7,3%)	9 (11,6%)	0,2418
Pérdida o aumento peso (15; 5,3%)	8 (3,9%)	7 (9%)	0,0836
Pensamiento suicida (2; 0,7%)	1 (0,4%)	1 (1,2%)	
Total: 282	205	77	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5

A continuación se van a especificar las relaciones entre el tipo de expediente con las consecuencias sobre el bienestar y la praxis.

Se analiza la relación entre las consecuencias y el tipo de expediente abierto (168 médicos) o cerrados (114 médicos), o bien expediente no penal (205) y penal (77). Se observan varias relaciones significativas entre las consecuencias y el tipo de expediente.



Consecuencias vs. Tipo de expediente			
Consecuencias (N:282)	Expediente abierto (168)	Expediente cerrado (114)	p
Agravamiento patología previa (2; 0,7%)	1 (0,5%)	1 (1,8%)	
Aparición nueva patología (5; 1,7%)	2 (1,1%)	3 (2,6%)	
Inicio consumo de sustancias (7; 2,4%)	4 (2,3%)	3 (2,6%)	
Necesidad de ayuda psicológica (10; 3,5%)	5 (2,9%)	5 (4,3%)	0,53
Necesidad de fármacos (6; 2,1%)	4 (2,3%)	2 (1,7%)	
Afectación vida personal (78; 27,6%)	36 (21,4%)	42 (36,8%)	<b>0,005</b>
Afectación vida familiar (72; 25,5%)	31 (18,4%)	41 (35,9%)	<b>0,001</b>
Afectación vida social (70; 24,8%)	31 (18,4%)	39 (34,2%)	<b>0,003</b>
Afectación con los compañeros (27; 9,5%)	13 (7,7%)	14 (12,2%)	0,203
Cambios en la práctica clínica (131; 46,4%)	73 (43,4%)	58 (50,8%)	0,220
Realizar pruebas (102; 36,1%)	56 (33,3%)	46 (40,3%)	0,299
Mayor atención registro (119; 42,1%)	66 (39,2%)	53 (46,4%)	0,308

Consecuencias vs. Tipo de expediente			
Consecuencias (N:282)	No penal (205)	Penal (77)	p
Agravamiento patología previa (2;0,7%)	2 (0,9%)	0	
Aparición nueva patología (5;1,7%)	5 (2,4%)	0	
Inicio consumo de sustancias (7; 2,4%)	5 (2,4%)	2 (2,5%)	
Necesidad de ayuda psicológica (10;3,5%)	4 (3,7%)	6 (7,7%)	
Necesidad de fármacos (6;2,1%)	5 (2,4%)	1 (1,2%)	
Afectación vida personal (78; 27,6%)	50 (24,3%)	28 (36,3%)	<b>0,045</b>
Afectación vida familiar (72; 25,5%)	48 (23,4%)	24 (31,1%)	0,183
Afectación vida social (70; 24,8%)	47 (22,9%)	23 (29,8%)	0,229
Afectación con los compañeros (27;9,5%)	16 (7,8%)	11 (14,2%)	0,099
Cambios en la práctica clínica (131; 46,4%)	88 (42,9%)	43 (55,8%)	0,053
Realizar pruebas (102; 36,1%)	66 (32,1%)	36 (46,7%)	<b>0,014</b>
Mayor atención registro (119; 42,1%)	79 (38,5%)	40 (51,9%)	<b>0,025</b>



Consecuencias vs. Tipo de expediente				Consecuencias vs. Tipo de expediente			
Consecuencias (N:282)	Expediente abierto (168)	Expediente cerrado (114)	p	Consecuencias (N:282)	No penal (205)	Penal (77)	p
Evitar pacientes (61, 21,6%)	37 (22%)	24 (21%)	0,764	Evitar pacientes (61, 21,6%)	48 (23,4%)	13 (16,88%)	0,267
Evitar procedimientos (56, 19,8%)	32 (19%)	24 (21%)	0,770	Evitar procedimientos (56, 19,8%)	42 (20,4%)	14 (18,1%)	0,714
Búsqueda información (107, 37,9%)	61 (36,3%)	46 (41,2%)	0,615	Búsqueda información (107, 37,9%)	68 (33,1%)	39 (50,6%)	<b>0,004</b>
Hipervigilancia (129, 45,7%)	72 (42,8%)	57 (50%)	0,324	Hipervigilancia (129, 45,7%)	86 (41,9%)	43 (55,8%)	<b>0,021</b>
Total : 282	168	114		Total :282	205		

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5

## 6. El resultado final del expediente en su relación con el impacto psicológico y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis.

Observamos en la tabla siguiente la relación entre el resultado final del expediente (No hay responsabilidad profesional médica y sí que hay responsabilidad profesional médica) con el impacto psicológico. Esta variable tan solo pudo ser estudiada para el subgrupo de 114 médicos con un expediente cerrado.

De los 76 médicos con un resultado final de expediente sin responsabilidad profesional médica, se observa que 46 médicos padecieron reacción emocional y en cambio 30 médicos no padecieron impacto psicológico. De los 38 casos que sí que tuvieron responsabilidad profesional médica, se observa que 23 médicos padecieron reacción emocional y en cambio 15 casos no indicaron impacto psicológico.

Se observa que no hay relación significativa entre el final del expediente y la reacción emocional.



<b>Resultado final del expediente Vs. impacto psicológico</b>				
<b>Reacción emocional</b>	<b>No RpM (N:76)</b>	<b>RpM (N:38)</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
Sí	46	23	69	1,000
No	30	15	45	
Total	76	38	114	

A continuación se va a especificar las relaciones entre el resultado final del expediente (no hay responsabilidad profesional y hay responsabilidad profesional) y la sintomatología en los 114 médicos con expedientes cerrados. Se observan relaciones significativas entre los diferentes síntomas concretos y el resultado final del expediente y son las siguientes: sentimientos de incapacidad, competencia profesional y sentimientos de soledad.

<b>Síntomas concretos vs. Resultado final de expediente</b>			
<b>Síntomas (N:114)</b>	<b>No RpM (76)</b>	<b>RpM (38)</b>	<b>p</b>
Preocupación (69; 60,5%)	46 (60,5%)	23 (60,5%)	1,000
Decepción (68; 59,6%)	46 (60,5%)	22 (57,8%)	0,787
Frustración (67; 58,7%)	46 (60,5%)	21 (55,2%)	0,590
Indignación (67; 58,7%)	46 (60,5%)	21 (55,2%)	0,590
Reexperimentación (67; 58,7%)	46 (60,5%)	21 (55,2%)	0,590
Desconfianza (66; 57,8%)	45 (59,2%)	21 (55,2%)	0,687
Ansiedad/Inquietud (61; 53,5%)	40 (52,6%)	21 (55,2%)	0,791
Irritabilidad (52; 45,6%)	33 (43,4%)	19 (50%)	0,506
Estado de ánimo bajo (48; 42,1%)	31 (40,7%)	17 (44,7%)	0,687



Síntomas concretos vs. Resultado final de expediente			
Síntomas (N:114)	No RpM (76)	RpM (38)	p
Insomnio (44; 38,5%)	28 (36,8%)	16 (42,1%)	0,586
Pesadillas (37; 32,4%)	23 (30,2%)	14 (36,8%)	0,479
Concentración (35; 30,7%)	22 (28,9%)	13 (34,2%)	0,566
Autoestima (25; 21,9%)	14 (18,4%)	11 (28,9%)	0,200
Apatía (18; 15,7%)	10 (13,1%)	8 (21%)	0,276
Sentimientos incapacidad (20; 17,5%)	9 (11,8%)	11 (28,9%)	<b>0,024</b>
Desesperanza (15; 13,1%)	7 (9,2%)	8 (21%)	0,078
Competencia profesional (16; 14%)	7 (9,2%)	9 (23,6%)	<b>0,036</b>
Cefalea (19; 16,6%)	13 (17,1%)	6 (15,7%)	0,859
Sentimientos de culpa (19; 16,6%)	10 (13,1%)	9 (23,6%)	0,155
Soledad (19; 16,6%)	8 (10,5%)	11 (28,9%)	<b>0,013</b>
Aislamiento (16; 14%)	9 (11,8%)	7 (18,4%)	0,340
Síntomas gastrointestinales (16; 14%)	12 (15,7%)	4 (10,5%)	
Vergüenza (10; 8,7%)	6 (7,8%)	4 (10,5%)	





Síntomas concretos vs. Resultado final de expediente			
Síntomas (N:114)	No RpM (76)	RpM (38)	p
Retraso psicomotor (13; 11,4%)	7 (9,2%)	6 (15,7%)	0,298
Fatiga (14; 12,2%)	7 (9,2%)	7 (18,4%)	0,158
Humillación (11; 9,6%)	5 (6,5%)	6 (15,7%)	0,116
Pérdida o aumento peso (9; 7,8%)	8 (10,5%)	1 (2,6%)	
Pensamiento suicida (2, 1,7%)	1 (1,3%)	1 (2,6%)	
Total: 114	76	38	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5

En la tabla siguiente se observa la relación entre el resultado final del expediente (No responsabilidad profesional y responsabilidad profesional) en relación a las consecuencias sobre el bienestar y la praxis en la muestra de expedientes cerrados (114). No se observa relación significativa entre el resultado final del expediente y las consecuencias en el bienestar y la praxis.

Consecuencias vs. Resultado final de expediente			
Consecuencias (N:114)	No RpM (76)	RpM (38)	p
Agravamiento patología previa (1, 0,8%)	0	1 (2,6%)	
Aparición nueva patología (3, 2,6%)	1 (1,3%)	2 (5,2%)	
Inicio consumo de sustancias (3, 2,6%)	3 (3,9%)	0	



Consecuencias vs. Resultado final de expediente			
Consecuencias (N:114)	No RpM (76)	RpM (38)	p
Necesidad de ayuda psicológica (5, 4,3%)	5 (6,5%)	0	
Necesidad de fármacos (2, 1,7%)	2 (2,6%)	0	
Afectación vida personal (42, 36,8%)	28 (36,8%)	14 (36,8%)	1,000
Afectación vida familiar (41, 35,9%)	27 (35,5%)	14 (36,8%)	0,890
Afectación vida social (39, 34,2%)	25 (32,8%)	14 (36,8%)	0,675
Afectación con los compañeros (14, 12,2%)	9 (11,8%)	5 (13,1%)	0,840
Cambios en la práctica clínica (58, 50,8%)	40 (52,6%)	18 (47,3%)	0,596
Realizar pruebas (46, 40,3%)	31 (40,7%)	15 (39,4%)	0,984
Mayor atención registro (53, 46,4%)	36 (47,3%)	17 (44,7%)	0,890
Evitar pacientes (24, 21%)	15 (19,7%)	9 (23,6%)	0,570
Evitar procedimientos (24, 21%)	15 (19,7%)	9 (23,6%)	0,570



Consecuencias vs. Resultado final de expediente			
Consecuencias (N:114)	No RpM (76)	RpM (38)	p
Búsqueda información (46, 40,3%)	32 (42,1%)	14 (36,8%)	0,663
Hipervigilancia (57, 50%)	40 (52,6%)	17 (44,7%)	0,497
Total : 114	76	38	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5

### 7. El impacto psicológico en su relación con las consecuencias sobre el bienestar y la praxis clínica.

La siguiente tabla muestra la relación entre el impacto psicológico y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis en la muestra total (282). Se observa relaciones significativas entre impacto psicológico y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis.

Consecuencias vs. Impacto psicológico			
Consecuencias (N:282)	Sí (N:159)	No (N:123)	p
Agravamiento patología previa (2; 0,7%)	2 (1,2%)	0	
Aparición nueva patología (5; 1,7%)	5 (3,1%)	0	
Inicio consumo de sustancias (7; 2,4%)	7 (4,4%)	0	
Necesidad de ayuda psicológica (10; 3,5%)	10 (6,2%)	0	



Consecuencias vs. Impacto psicológico			
Consecuencias (N:282)	Sí (N:159)	No (N:123)	p
Necesidad de fármacos (6; 2,1%)	6 (3,7%)	0	
Afectación vida personal (78; 27,6%)	78 (49%)	0	
Afectación vida familiar (72; 25,5%)	72 (45,2%)	0	
Afectación vida social (70; 24,8%)	70 (44%)	0	
Afectación con los compañeros (27; 9,5%)	27 (16,9%)	0	
Cambios en la práctica clínica (131; 46,4%)	112 (70,4%)	19 (15,4%)	<b>0,000</b>
Realizar pruebas (102; 36,1%)	88 (55,3%)	14 (11,3%)	<b>0,000</b>
Mayor atención registro (122; 43,2%)	106 (66,6%)	16 (13%)	<b>0,000</b>
Evitar pacientes (61; 21,6%)	56 (35,2%)	5 (4%)	<b>0,000</b>
Evitar procedimientos (56; 19,8%)	50 (31,4%)	6 (4,8%)	<b>0,000</b>
Búsqueda información (107; 37,9%)	92 (57,8%)	15 (12,1%)	<b>0,000</b>
Hipervigilancia (129; 45,7%)	111 (69,8%)	18 (14,6%)	<b>0,000</b>
Total : 282	159	123	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5



En la siguiente tabla se observa la relación específica entre los diferentes tipos de consecuencias sobre el bienestar y la praxis clínica y el número de síntomas que presentaban los facultativos en la muestra total (282) y se observan relaciones significativas.

Consecuencias vs Impacto psicológico								
Consecuencias (N:282)		N	P	Media	Desviación	Desviación error promedio	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza
Agravamiento patología previa (2, 0,7%)	Sí	2		18,5	7,778	7,778	4,995	2,350 – 22,014
	No	280		6,32	7,036	7,036		
Aparición nueva patología (5, 1,7%)	Sí	5	<b>0,005</b>	15,2	7,19	3,216	3,165	2,725-15,184
	No	277		6,25	7,011	0,396		
Inicio consumo de sustancia (7, 2,4%)	Sí	7	<b>0,000</b>	16,71	5,589	2,112	2,648	5,360- 15,785
	No	275		6,14	6,945	0,419		
Necesidad de ayuda psicológica (10, 3,5%)	Sí	10	<b>0,000</b>	20,4	4,402	1,392	2,120	10,338-18,683
	No	272		5,89	6,643	0,403		
Necesidad de fármacos (6, 2,1%)	Sí	6	<b>0,000</b>	18,5	7,092	2,895	2,841	6,767 – 17,951
	No	276		6,14	6,880	0,414		
Afectación a la vida personal (78, 27,6%)	Sí	78	<b>0,000</b>	14,13	5,794	0,656	0,700	9,300 – 12,054
	No	204		3,45	5,036	0,353		
Afectación a la vida familiar (72, 25,5%)	Sí	72	<b>0,000</b>	14,61	5,866	0,691	0,714	9,615 – 12,426
	No	210		3,59	4,993	0,345		
Afectación a la vida social (70, 24,8%)	Sí	70	<b>0,000</b>	14,89	5,916	0,707	0,712	9,881- 12,683
	No	212		3,60	4,894	0,336		
Afectación con los compañeros (27, 9,5%)	Sí	27	<b>0,000</b>	15,59	6,053	1,165	1,305	7,592-12,730
	No	255		5,43	6,488	0,406		
Cambios en la práctica clínica (131, 46,4%)	Sí	131	<b>0,000</b>	10,93	7,037	0,615	0,706	7,063-9,846
	No	151		2,48	4,253	0,346		



## RESULTADOS

Consecuencias vs Impacto psicológico								
Consecuencias (N:282)		N	P	Media	Desviación	Desviación error promedio	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza
Realizar pruebas (102, 36,1%)	Sí	102	<b>0,000</b>	11,47	7,165	0,709	0,814	6,984 – 10,197
	No	158		2,88	5,007	0,398		
Mayo atención al registro (119, 42,1%)	Sí	119	<b>0,000</b>	11,29	7,051	0,646	0,73	7,846 – 10,726
	No	141		2,00	4,023	0,339		
Evitar pacientes (61, 21,6%)	Sí	61	<b>0,000</b>	12,79	6,969	0,892	0,922	6,711 – 10,343
	No	200		4,26	6,092	0,431		
Evitar procedimientos (56, 19,8%)	Sí	56	<b>0,000</b>	12,98	7,174	0,959	0,961	6,688-10,472
	No	204		4,40	6,131	0,429		
Búsqueda de información (107, 37,9%)	Sí	107	<b>0,000</b>	11,44	7,220	0,698	0,792	7,254 - 10,383
	No	153		2,62	4,641	0,375		
Hipervigilancia (129, 45,7%)	Sí	129	<b>0,000</b>	10,94	6,970	0,614	0,697	7,931-10,678
	No	131		1,63	3,775	0,330		

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5

En la tabla siguiente se establece la relación de los síntomas con las consecuencias relacionadas con las patologías y necesidad de ayuda en el subgrupo de médicos que sufrieron impacto psicológico, 159 médicos. Se observan varias relaciones significativas.



Síntomas concretos vs. Consecuencias										
Síntomas (N:159)	Agravamiento patología previa	p	Aparición nueva patología	p	Inicio consumo de sustancias	p	Necesidad ayuda psicológica	p	Necesidad de fármacos	p
Preocupación	2		5	0,753	7	0,707	10	0,651	6	0,729
Decepción	2		4		7	0,592	10	0,518	5	0,091
Frustración	2		5	0,626	7	0,561	10	0,483	6	0,592
Indignación	2		5	0,626	7	0,561	10	0,483	6	0,592
Reexperimentación	2		5	0,601	7	0,533	10	0,452	6	0,565
Desconfianza	2		5	0,601	7	0,533	10	0,452	6	0,565
Ansiedad/Inquietud	2		5	0,350	7	0,266	10	0,179	6	0,304
Irritabilidad	2		4		7	0,143	10	0,077	5	0,721
Estado de ánimo bajo	2		5	0,129	7	0,071	10	<b>0,029</b>	6	0,096
Insomnio	2		5	<b>0,041</b>	7	<b>0,015</b>	8	0,105	5	0,160
Pesadillas	2		5	<b>0,011</b>	7	<b>0,003</b>	8	<b>0,020</b>	5	0,052
Concentración	2		4		5	0,135	10	<b>0,000</b>	5	<b>0,048</b>
Autoestima	2		2		4		8	<b>0,002</b>	3	
Apatía	1		2		5	0,006	9	<b>0,000</b>	5	<b>0,001</b>
Sentimientos incapacidad	1		2	0,508	4		9	<b>0,000</b>	5	<b>0,002</b>
Desesperanza	1		1	0,977	4		8	<b>0,000</b>	4	
Competencia profesional	1		2	0,260	1		8	<b>0,000</b>	3	
Cefalea	0		2	0,346	3		5	<b>0,033</b>	2	
Sentimientos culpa	1		2	0,368	4		7	<b>0,000</b>	4	
Soledad	2		2	0,368	3		9	<b>0,000</b>	4	
Aislamiento	1		1	0,994	4		9	<b>0,000</b>	4	
Síntomas gastrointestinales	1		1	0,886	4		5	<b>0,033</b>	3	
Vergüenza	1		1	0,756	3		4		3	
Retraso psicomotor	1		3	<b>0,028</b>	2		8	<b>0,000</b>	4	
Fatiga	2		3	<b>0,020</b>	4		5	<b>0,012</b>	3	
Humillación	1		2	0,164	2		5	<b>0,004</b>	3	
Pérdida o aumento de peso	1		1	0,411	2		6	<b>0,000</b>	2	
Pensamiento suicida	0		0	0,798	0		1		1	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5



En la tabla que observamos a continuación se indica los diferentes tipos de síntomas en relación a los cambios que se producen en la praxis clínica en el subgrupo de médicos con afectación psicológica. Se observa también en todas las variables relaciones significativas a excepción de pensamiento suicida. Observamos varias relaciones significativas.

Síntomas concretos vs. Consecuencias														
Síntomas (N:159)	Cambios en la práctica clínica	Realizar pruebas		Mayor atención al registro		Evitar pacientes		Evitar procedimientos		Búsqueda de información		Hipervigilancia		
		p		p		p		p		p		p		
Preocupación	111	0,155	87	0,683	102	0,420	56	0,242	50	0,283	92	<b>0,044</b>	110	0,274
Decepción	108	0,836	87	<b>0,014</b>	101	<b>0,017</b>	53	0,620	49	0,308	90	0,077	108	<b>0,055</b>
Frustración	110	<b>0,013</b>	87	<b>0,038</b>	102	<b>0,004</b>	55	0,346	50	0,086	90	0,198	109	<b>0,020</b>
Indignación	107	0,953	85	0,473	99	0,646	54	0,723	48	0,880	88	1,000	106	0,855
Reexperimentación	109	<b>0,036</b>	86	0,113	100	0,156	56	<b>0,040</b>	50	0,059	90	0,077	108	0,055
Desconfianza	109	<b>0,036</b>	87	<b>0,005</b>	102	<b>0,000</b>	54	0,517	50	<b>0,041</b>	90	<b>0,028</b>	108	<b>0,010</b>
Ansiedad/ Inquietud	103	<b>0,000</b>	82	<b>0,009</b>	95	<b>0,005</b>	52	0,133	47	0,089	84	0,097	102	<b>0,002</b>
Irritabilidad	94	<b>0,002</b>	75	<b>0,017</b>	86	<b>0,026</b>	48	0,117	43	0,127	76	0,140	93	<b>0,005</b>
Estado de ánimo bajo	87	<b>0,000</b>	72	<b>0,000</b>	81	<b>0,002</b>	51	<b>0,000</b>	46	<b>0,000</b>	74	<b>0,001</b>	86	<b>0,002</b>
Insomnio	71	<b>0,002</b>	57	<b>0,018</b>	68	<b>0,000</b>	39	<b>0,012</b>	34	0,054	57	0,114	70	<b>0,005</b>
Pesadillas	60	<b>0,000</b>	47	0,130	57	0,006	34	<b>0,015</b>	29	0,094	50	0,054	59	<b>0,028</b>
Concentración	64	<b>0,000</b>	54	<b>0,000</b>	60	<b>0,000</b>	37	<b>0,001</b>	34	<b>0,001</b>	58	<b>0,000</b>	63	<b>0,000</b>
Autoestima	50	<b>0,000</b>	42	<b>0,001</b>	46	<b>0,001</b>	28	<b>0,007</b>	27	<b>0,002</b>	44	<b>0,000</b>	49	<b>0,000</b>
Apatía	39	<b>0,000</b>	31	<b>0,032</b>	37	<b>0,002</b>	23	<b>0,009</b>	24	<b>0,000</b>	35	<b>0,001</b>	38	<b>0,006</b>
Sentimientos incapacidad	39	<b>0,001</b>	31	<b>0,060</b>	36	<b>0,021</b>	23	<b>0,014</b>	22	<b>0,006</b>	34	<b>0,008</b>	38	<b>0,018</b>
Desesperanza	29	<b>0,002</b>	25	<b>0,012</b>	28	<b>0,008</b>	17	<b>0,039</b>	18	<b>0,002</b>	27	<b>0,002</b>	28	<b>0,044</b>
Competencia profesional	29	<b>0,005</b>	25	<b>0,012</b>	28	<b>0,008</b>	16	0,100	17	<b>0,008</b>	26	<b>0,009</b>	28	<b>0,044</b>
Cefalea	31	<b>0,019</b>	27	<b>0,013</b>	30	<b>0,014</b>	19	<b>0,020</b>	19	<b>0,003</b>	28	<b>0,011</b>	31	<b>0,025</b>
Sentimientos culpa	34	<b>0,001</b>	31	<b>0,001</b>	34	<b>0,001</b>	21	<b>0,010</b>	23	<b>0,000</b>	32	<b>0,001</b>	33	<b>0,048</b>
Soledad	33	<b>0,004</b>	29	<b>0,003</b>	32	<b>0,003</b>	20	<b>0,011</b>	18	<b>0,020</b>	31	<b>0,000</b>	32	<b>0,021</b>
Aislamiento	29	<b>0,005</b>	26	<b>0,003</b>	28	<b>0,008</b>	17	<b>0,039</b>	17	<b>0,008</b>	27	<b>0,002</b>	28	<b>0,044</b>
Síntomas gastrointestinales	32	<b>0,006</b>	25	0,173	31	<b>0,011</b>	19	<b>0,033</b>	17	0,054	29	<b>0,008</b>	31	0,069
Vergüenza	24	<b>0,001</b>	20	<b>0,028</b>	23	<b>0,009</b>	13	0,127	14	<b>0,013</b>	21	<b>0,017</b>	23	<b>0,036</b>
Retraso psicomotor	30	<b>0,004</b>	27	<b>0,002</b>	28	<b>0,023</b>	18	<b>0,022</b>	16	<b>0,043</b>	28	<b>0,002</b>	30	<b>0,009</b>
Fatiga	28	<b>0,007</b>	24	<b>0,017</b>	27	<b>0,010</b>	21	<b>0,000</b>	20	<b>0,000</b>	25	<b>0,012</b>	27	0,053
Humillación	26	<b>0,001</b>	20	0,121	25	<b>0,005</b>	14	0,118	13	0,105	23	<b>0,009</b>	25	<b>0,025</b>
Pérdida o aumento de peso	12	0,394	11	0,100	11	0,385	10	<b>0,005</b>	8	<b>0,046</b>	12	<b>0,039</b>	12	0,257
Pensamiento suicida	1		1		1		0		1		1		1	

\*Se aportan los estadísticos p cuando todas las casillas presentan una n de al menos 5





El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malapaxis.





## DISCUSIÓN





## 7. DISCUSIÓN

Las reclamaciones por defecto de praxis que suceden durante la trayectoria profesional de los médicos, conllevan que un porcentaje elevado de profesionales manifieste preocupación sistemática sobre el riesgo de recibir una reclamación por defecto de praxis, así como una fuerte presión hacia la práctica de la medicina defensiva (Jena et.al., 2011).

Este efecto pernicioso del clima de reclamaciones contra los profesionales ha sido reiteradamente referenciado en la literatura, causando en el facultativo un impacto psicológico y la práctica de la medicina defensiva. La medicina defensiva como desviación de la práctica médica sólida que es inducida principalmente, pero no únicamente, por la amenaza de reclamaciones por responsabilidad profesional médica, puede incluir la solicitud de pruebas innecesarias, procedimientos, visitas e ingresos hospitalarios o la evitación de pacientes, procedimientos o servicios médicos de alto riesgo (Panella et al., 2015). Por lo tanto, la medicina defensiva es costosa y puede exponer a los pacientes al riesgo de lesiones por innecesarias pruebas y procedimientos, así como puede limitar el acceso de los pacientes a una atención productiva (Ortashi, Virdee, Hassan, Mutrynowski y Abu- Zidan, 2013).

La medicina defensiva se considera un efecto indirecto de las reclamaciones por presunto defecto de praxis, pero existen también costes directos, y la bibliografía subraya la importancia del impacto psicológico de las reclamaciones por defecto de praxis sobre los médicos, aunque existen muy pocos datos empíricos sobre este tema (Arimany-Manso, Vizcaíno, et al. 2018).

Se ha descrito a nivel internacional el síndrome de estrés por malapaxis y el síndrome clínico judicial. Los escasos datos existentes sobre este síndrome subrayan una elevada prevalencia entre los facultativos reclamados y sus repercusiones personales y asistenciales (Arimany – Manso et al, 2018). Se entiende como síndrome clínico judicial, la reacción de los facultativos ante un procedimiento judicial e incluye todas las alteraciones 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 (Young et al., 2011).

El impacto psicológico y la potencial relación entre la sintomatología y cambios en la praxis, permanecía inexplorada en nuestro entorno, por lo que el Área de Praxis del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya comenzó en el año 2013 la exploración de este fenómeno.



De hecho, en el año 2018 se publicó en la revista *Journal of Healthcare Quality Research* un estudio piloto con 99 facultativos que supone el germen de la actual tesis doctoral (Gómez – Durán et al., 2018). A partir de ese estudio piloto, el Colegio de Médicos de Barcelona puso en marcha un proyecto centrado en la atención al médico reclamado, incluyendo la evaluación sistemática del impacto de las reclamaciones en los facultativos a través de la encuesta que constituye la base de esta tesis doctoral y además desde entonces se brinda apoyo psicoterapéutico a los médicos que presentaron afectación psicológica significativa (Arimany – Manso et al., 2018).

Esta tesis doctoral, realizada en el seno del Área de Praxis del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya encuestó a un total de 471 facultativos, del total de 739 facultativos implicados en una reclamación cerrada en el año 2015 o una reclamación cerrada o abierta en el año 2016. La tasa de respuesta global fue del 63.74%, considerándose un porcentaje de respuesta adecuado en atención a las tasas de respuesta a encuestas de la población española (Díaz de Rada, 2001).

Debido a que los expedientes que componían la muestra encuestada diferían respecto a la homogeneidad del estatus del procedimiento (abierto/cerrado), se decidió presentar esta tesis mediante un análisis estratificado. Se analizó en primer lugar la submuestra de 298 facultativos con expedientes cerrados durante los años 2015 y 2016 y de forma diferenciada la submuestra de 282 facultativos encuestados en 2017 que tenían procedimientos cerrados o abiertos en 2016.

A continuación se discuten los resultados en su conjunto, abordando cada tema a través de los resultados complementarios que aportan los dos estudios.

### Tasas de impacto psicológico

Nuestros resultados confirman que la mayoría de los médicos notifican un impacto psicológico importante en cuanto han sufrido una reclamación por responsabilidad profesional. Ambos estudios arrojan porcentajes similares, del 58,4 % y del 56,4%. Debemos destacar que estos datos son inferiores a la publicación piloto realizada por nuestro mismo equipo investigador y a los datos de otros autores (Fileni et al., 2007; Gómez-Durán et al., 2013).

Respecto a los resultados de otros autores, Fileni et al. (2007) y Charles et al. (1985) apuntan a porcentajes mucho más elevados de facultativos que padecen algún tipo de daño después de una reclamación (88,7 – 97%). Sin embargo, la comparativa con los estudios internacionales debe partir del conocimiento de los factores locales que pueden tener



---

relevancia y más concretamente de las particularidades de nuestro escenario en relación a las reclamaciones por presunto defecto de praxis (Arimany – Manso, 2013). El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) gestiona el mayor seguro de responsabilidad en nuestra región. El modelo de gestión promueve una política de compensación justa, incentiva procedimientos extrajudiciales e intenta prestar una atención de excelencia a los médicos que han sido reclamados (Arimany-Manso, Gómez-Durán, Bruguera, et al., 2013; Arimany-Manso y Gómez-Durán, 2013). Además, las tasas y cifras de pagos compensatorios son mucho más bajos que los de nivel internacional (Arimany-Manso, Gómez-Durán y Aubia-Marimon, 2013). Estos autores habían sugerido diferencias entre países en cuanto al clima de las reclamaciones por defecto de praxis (Arimany-Manso, Gómez-Durán y Aubia-Marimon, 2013). Seguramente, ser reclamado en nuestro entorno tiene características diferenciales respecto a ser reclamado en países con un clima de litigio mucho más hostil.

Respecto a nuestros propios datos previos, consideramos precisamente que estos datos son inferiores al estudio piloto debido a la implantación en el Colegio de Médicos de Barcelona en el año 2013 de diferentes medidas destinadas a minimizar el impacto del procedimiento. El porcentaje de médicos impactados psicológicamente fue mucho mayor (80,8%) en la primera encuesta. Desde entonces se pusieron en práctica diversas mejoras en la gestión de la póliza de aseguramiento: un médico de la unidad médico-legal está sistemáticamente presente en todas las primeras entrevistas con el abogado que llevará el caso, se informa a los médicos sobre la política de la compensación justa del Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) de modo que saben que no irán a juicio en caso de que se considere que ha existido error médico, los juicios penales son mucho menos frecuentes ahora y los abogados de los demandantes se están progresivamente acostumbrando a resolver las demandas a través de vías extrajudiciales, evitando la exposición al proceso judicial completo al médico, el paciente y sus familias. Estos cambios han mejorado los procedimientos de modo que también se ha podido atenuar el sufrimiento de los médicos. Además, se ha sistematizado la evaluación del impacto de las reclamaciones en los facultativos y el ofrecimiento de apoyo psicoterapéutico a los médicos que presentan afectación emocional significativa (Arimany – Manso et al., 2018).

Igualmente se ha señalado una cuestión temporal que también puede ser relevante. Se ha descrito que la manera en que somos demandados y el impacto sobre nuestra imagen puede que haya cambiado en los últimos tiempos. Desde hace algunos años el ser reclamado es cada vez más frecuente y ser reclamado en varias ocasiones puede diluir el impacto psicológico causado por la demanda. Además, hoy en día se podría fácilmente aceptar que médicos muy competentes puedan ser demandados (Fileni et al., 2007; Gómez-Durán et al., 2018) y el impacto estigmatizador puede que haya disminuido. Es importante



recaltar que el sentimiento de identificación con otros disminuye la sintomatología, debido a que es una muy buena estrategia de afrontamiento el poder compartir tus sentimientos con otra persona que está pasando por el mismo proceso. Además se observó en las entrevistas realizadas que los médicos que habían sido reclamados en conjunto con otros médicos reportaban menor sintomatología debido que se diluía el impacto psicológico de demanda. El sentimiento de responsabilidad era compartido y eso reducía la sintomatología exponencialmente. Por ejemplo, se observó que casos de residentes que habían sido reclamados conjuntamente con sus responsables, no informaban de tanta sintomatología por compartir dicha responsabilidad. También el haber recibido varias reclamaciones implicaba menor sintomatología debido a que ya tenían conocimientos previos del procedimiento.

### La sintomatología

En conjunto, nuestros resultados indican que los facultativos reclamados pueden estar en riesgo de sufrir cuadros como el trastorno por estrés postraumático o cuadros de afectación del estado de ánimo. Tal y como ya hemos mencionado, se ha descrito el “Síndrome de Estrés por reclamaciones por defecto de praxis” y el síndrome clínico judicial, conformados esencialmente por este tipo de sintomatología (Arimany-Manso, Vizcaíno-Rakosnik, et al., 2018; Gómez-Durán & Arimany-Manso, 2020).

Respecto a la sintomatología concreta, para el global de la muestra podemos destacar lo siguiente: los facultativos encuestados que identificaron un impacto psicológico de la reclamación informaron de diversos sentimientos y síntomas negativos, mayoritariamente en relación al enfado y sintomatología de afectación del estado de ánimo y ansiosa (preocupación, decepción, frustración, indignación, desconfianza, re-experimentación, ansiedad/inquietud, irritabilidad, estado de ánimo bajo, insomnio o pesadillas). En el estudio de la submuestra de 298 facultativos con expedientes cerrados durante los años 2015 y 2016, se observó que la sintomatología más recurrente era la preocupación (57,7%), continuando con la decepción (54,7%), posteriormente el sentimiento de frustración e indignación con el mismo porcentaje (53%), la reexperimentación (51,7%), desconfianza (50,7%) y ansiedad/inquietud (50,3%). En el análisis de la submuestra de 282 facultativos encuestados en 2017 que tenían procedimientos cerrados o abiertos en 2016, se observó la siguiente sintomatología: preocupación (55,3%), decepción (54,3%), frustración e indignación con el mismo porcentaje (53,9%), reexperimentación y desconfianza (53,5%). Analizando los resultados se observa que de los 28 síntomas que evaluamos en los dos estudios, por encima del 50% coinciden en ambos la sintomatología más significativa. Es decir, ante una reclamación el clúster de emociones y síntomas más prevalente quedaría conformado por preocupación, decepción, frustración, indignación, reexperimentación, ansiedad y desconfianza.



La reacción inicial en las segundas víctimas causa el trastorno de estrés agudo, con shock, ansiedad, síntomas depresivos, retraimiento social y agitación, agravados por sentimientos de vergüenza, culpa y dudas. Aunque estos síntomas generalmente duran días o semanas, algunas personas van a tener síntomas similares a los del trastorno de estrés postraumático, incluidos recuerdos retrospectivos, evitación de situaciones asociadas y alteraciones del sueño (Waterman et al., 2009). En este caso, no se evaluó la evitación debido a que los médicos seguían trabajando en el foco donde sucedió el evento adverso, si bien puede relacionarse con las preguntas efectuadas sobre cambios en la praxis (aproximadamente el 15-20% de los facultativos reconoció evitar pacientes o procedimientos concretos). La re-experimentación ha sido notificada por el 51,7% y el 53,5% en nuestras submuestras y el 26,2% y el 25,2% notificaron pesadillas sobre el procedimiento de la reclamación y en relación al insomnio (33,56% y 31,21%).

Fileni et al. (2007) y Charles et al. (1985) apuntan a que entre el 88,7 – 97% de los facultativos padecen algún tipo de daño después de una reclamación. Fileni et al. (2007) observan que la sintomatología más recurrente es la ansiedad (63,8%), la ira (61%), la desesperanza (39%), la decepción (32,4%), la angustia (32,4%), los sentimientos de humillación (19%) y los sentimientos de culpa (10,5%). Charles et al. (1985) describe la tensión interna, la frustración, el ánimo bajo y la indignación como los síntomas más recurrentes. En nuestro estudio, los resultados porcentuales resultaron ligeramente inferiores al estudio anteriormente mencionado, debido a que la ansiedad está en un 50,3% y en un 48,2%, la desesperanza está en un 12,8% y un 11%. La decepción sí que en las dos submuestras es más elevada, siendo el 54,7% y el 54,3%. El sentimiento de humillación es menor, siendo del 5,7% y del 9,6%. Los sentimientos de culpa se observan más elevados en nuestras submuestras, siendo del 11,1% y del 13,1%.

Estas variaciones creemos que no suponen grandes discrepancias y que subrayan en general el clúster reactivo conformado por emociones negativas y sintomatología ansiosa, dejando en un segundo plano la sintomatología depresiva.

Especialmente preocupante resulta la relación del fenómeno victimológico de la segunda víctima con el riesgo de suicidio que podría atribuirse a la sintomatología ansiosa o depresiva reactiva a la experiencia de enorme intensidad (Gómez – Durán & Arimany – Manso, 2019). En nuestro estudio, la sintomatología menos identificada fue el pensamiento de suicidio, obteniendo un porcentaje del 1% en el primer estudio y de 0,7% en el segundo estudio. Su baja frecuencia se atribuye a la intensidad de sufrimiento que requiere y gravedad del impacto, así como posiblemente la necesidad de un sustrato de predisposición en el individuo para alcanzar tal gravedad. En todo caso, queremos subrayar que resulta alarmante que algunos profesionales notificaran pensamientos de





suicidio (3 médicos en el primer estudio y 2 en el segundo). De los dos profesionales que refirieron ideación suicida en el segundo estudio, ambos habían sido reclamados recientemente. Todos ellos fueron remitidos al programa de apoyo psicológico de la CCMC. En Reino Unido las muertes por suicidio de varios médicos que estaban bajo investigación por posibles defectos de praxis conllevó a la elaboración de un informe específico que proponía mejoras esenciales del proceso de investigación que minimizaran el impacto sobre los profesionales (Horsfall, 2014).

En España contamos también con experiencias similares como la de una enfermera cuyo error en la administración de un medicamento provocó el fallecimiento de un bebé, que fue procesada al respecto y precisó ingreso psiquiátrico por el nivel de afectación alcanzado (Hernández et al., 2009).

### Las consecuencias

En relación a las consecuencias sobre el bienestar y la praxis. Se detecta que las reclamaciones pueden afectar a la esfera personal, familiar y social. En la primera submuestra de los 298 facultativos, el 22,8% afirmaron que la reclamación les afectó en su vida personal y en la submuestra de 282 médicos, indicaron que les afectó a nivel personal en un 27,7%. En relación a la afectación familiar, en el primer estudio hay una afectación del 22,5% y en el segundo del 25,5%. Por último, en relación a la afectación social, en la primera submuestra hay una afectación del 20,5% y en la segunda submuestra del 24,8%. Por lo tanto, se detecta mayor afectación vital en el segundo estudio. El impacto de un evento vital estresante se considera habitualmente mayor en los primeros meses post-evento, por lo que unos porcentajes superiores en el segundo estudio podrían guardar relación con la composición de la submuestra, en que existen también expedientes recientes.

En cuanto a la medicina defensiva, anteriormente explicada, se observan cambios significativos en la práctica habitual a raíz de la reclamación. Se observa lo siguiente en relación al primer y segundo estudio: cambios en la práctica clínica (47,7% y 46,5%), realización de pruebas complementarias (36,9% y 36,2%), mayor atención al registro documental (46,6% y 42,2%), evitar cierto tipo de pacientes (15,8% y 21,6%), evitar ciertos procedimientos (14,4% y 19,9%), realizar una búsqueda de información (29,9% y 37,9%) e Hipervigilancia (47,3% y 45,7%). Por lo tanto, ambos estudios nuevamente muestran resultados similares aunque con variabilidad en determinados aspectos, sin poder detectarse una tendencia global diferencial al respecto. Un 36,2% de los médicos de nuestro estudio refirió ordenar más pruebas complementarias que antes de recibir la



---

reclamación, lo que aumenta la probabilidad de sobrediagnóstico y sobretratamiento, además con costes adicionales para el sistema de salud (Berlín, 2017). El incremento en la petición de pruebas ha sido señalado repetidamente como una característica esencial de la medicina defensiva. El médico acusado puede volverse inseguro, puede desarrollar inquietudes sobre la capacidad y la competencia para tomar decisiones, puede ordenar compulsivamente pruebas innecesarias en pacientes y puede pensar en cambiar de carrera. Esta desviación puede incluir la solicitud de pruebas innecesarias, procedimientos, visitas e ingresos hospitalarios o la evitación de pacientes, procedimientos o servicios médicos de alto riesgo (Panella et al., 2015). Por lo tanto, la medicina defensiva es costosa y puede exponer a los pacientes al riesgo de lesiones por innecesarios pruebas y procedimientos, mientras que puede negar a los pacientes a una atención productiva (Ortashi, Virdee, Hassan, Mutrynowski y Abu- Zidan, 2013).

Esta modificación de la conducta supone un impacto en la relación médico paciente pero las reclamaciones también impactan de forma directa. Conforme a nuestros datos, la relación médico-paciente puede deteriorarse cuando los médicos son reclamados. Los médicos atienden las necesidades de salud del paciente, sin contemplarlo como un posible reclamante, pero esto puede cambiar tras una reclamación y casi el 50% de nuestra muestra (un 47,3% en el primer estudio y un 45,7% en el segundo) reconoció hipervigilancia ante el paciente, identificándolo como un posible reclamante. Pese a esta vivencia ante el paciente, las repercusiones en la praxis clínica de los profesionales son menos frecuentes que lo previamente reportado en otros estudios internacionales.

Algunos profesionales (15,8% en el primer estudio y 21,6% en el segundo) reconocieron evitar cierto tipo de pacientes o procedimientos (14,4% vs 19,9%). Esto puede conllevar una interpretación negativa, señalando que quizás algunos pacientes terminen no recibiendo el tratamiento más adecuado, sin embargo, quizás los profesionales evitan hacer aquellos procedimientos o evitan tratar aquellos casos para los que están menos capacitados y derivan a los pacientes, de manera que éstos finalmente obtienen un tratamiento de un profesional más experto y con más experiencia.

Después de ser reclamados, muchos médicos buscaron información sobre medicina legal (29,87% y 37,94%) y comenzaron a prestar una especial atención al registro documental (46,64% y 42,2%) de los procedimientos clínicos. Creemos con absoluta certeza que estos “cambios médico-legales” son también positivos. Si el registro documental detallado no supone una excesiva sobrecarga para el profesional y le permite dedicar el tiempo necesario a la asistencia, puede ayudar a la reflexión sobre la propia práctica a la vez que mejora la comunicación de cara a la continuidad asistencial y permite una mejor revisión posterior de la actuación de los profesionales.



El tipo de expediente en relación con el impacto psicológico y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis.

Se ha propuesto varios determinantes potenciales de impacto psicológico en demandas, como el tipo de procedimiento, el resultado del mismo o determinados momentos procesales.

En ambos estudios se observan relaciones significativas entre el tipo de expediente (penal y no penal) y el impacto psicológico ( $p=0,001$  y  $0,021$ ), específicamente en preocupación ( $p=0,000$  y  $0,0237$ ), decepción ( $p=0,000$  y  $0,0061$ ), frustración ( $p=0,001$  y  $0,0444$ ), indignación ( $p=0,000$  y  $0,0227$ ), reexperimentación ( $p=0,000$  y  $0,0188$ ), desconfianza ( $p=0,000$  y  $0,0372$ ), irritabilidad ( $p=0,000$  y  $0,0237$ ), estado de ánimo bajo ( $p=0,004$  y  $0,0006$ ) y problemas en la concentración ( $p=0,002$  y  $0,0059$ ). En otros síntomas discrepan los resultados de un estudio al otro; en el primer estudio hay relaciones significativas también en ansiedad/inquietud ( $p=0,007$ ), apatía ( $p=0,046$ ), sentimientos de incapacidad ( $p=0,015$ ), aislamiento ( $p=0,033$ ) y síntomas gastrointestinales ( $p=0,021$ ). En cambio, en el segundo estudio se observan relaciones significativas con los síntomas relacionados con el retraso psicomotor ( $p=0,0127$ ) y con la afectación a la competencia profesional ( $p=0,0265$ ). Consideramos que la sintomatología detectada se corresponde principalmente al Trastorno de Estrés Postraumático, debido a que se identifica la ansiedad, la reexperimentación y las alteraciones del estado de ánimo negativo. Por lo tanto, se concluye que el tipo de expediente afecta en relación al impacto psicológico del médico.

Consideramos que esta relación resulta esperable, pues verse implicado en un procedimiento penal tiene características diferenciales respecto a un expediente civil: implica que la persona demandada puede resultar inhabilitada temporalmente de sus funciones profesionales e incluso puede ser encarcelada y hay que ser consciente que el pasar por un juicio puede suponer un estrés adicional.

Esta mayor presencia de sintomatología en el expediente de tipo penal también se acompaña de mayores consecuencias sobre el bienestar y la praxis, se observa tanto en el primer estudio como en el segundo estudio que hay relación significativa entre el tipo de expediente y afectación a la vida familiar ( $p=0,019$  y  $0,045$ ). Coinciden también en ambos estudios entre la relación del tipo de expediente y la búsqueda de información ( $p=0,005$  y  $0,004$ ). En el primer estudio se observan relaciones significativas entre el tipo de expediente y cambios en la práctica clínica ( $p=0,021$ ). En el segundo estudio observamos relaciones significativas entre el tipo de expediente (penal/no penal) y las diferentes consecuencias: realizar pruebas complementarias ( $p=0,014$ ), mayor atención



al registro documental ( $p= 0,025$ ) y estar en un estado de hipervigilancia ( $p= 0,021$ ). Siguiendo con el segundo estudio, que también analizaba el tipo de expediente abierto y cerrado con las diferentes consecuencias se observó relaciones significativas en las diferentes esferas vitales: afectación a la vida personal ( $p=0,005$ ), afectación a la vida familiar ( $p= 0,001$ ) y afectación a la vida social ( $p=0,003$ ). Es coherente que estar en un procedimiento judicial pueda conllevar a que estas alteraciones psicológicas impliquen afectaciones en la diferentes esferas vitales del médico, coincidimos por tanto con los estudios que hacen referencia a ello (Young et al., 2012 y Hurtado et al., 2006). Además la medicina defensiva, anteriormente explicada, se objetiva claramente en nuestro estudio, coincidiendo con la literatura científica (Berlín, 2017 y Panella, et al., 2015) en el aumento de cambios en la práctica clínica, la realización de pruebas complementarias y en el estado de hipervigilancia.

En el segundo estudio también se pudo analizar la relación entre el tipo de expediente abierto y cerrado con los diferentes síntomas y se observan los diferentes resultados significativos: insomnio ( $p= 0,0273$ ), pesadillas ( $p= 0,0203$ ), problemas en la concentración ( $p= 0,002$ ) y sentimientos de vergüenza ( $p= 0,0400$ ).

Los porcentajes de estos síntomas concretos resultan significativamente más elevados en el caso de reclamaciones cerradas, lo que resta importancia al momento inicial de la reclamación. Tras el momento inicial de recibir la reclamación los tiempos se prolongan, pudiendo permanecer el facultativo al margen del procedimiento durante largos meses, momento que podría haber coincidido con la evaluación. Por el contrario aquellos con el procedimiento cerrado se han enfrentado a todas las fases del proceso, han tenido que revivirlo en los reiterados contactos con el letrado e incluso han podido afrontar un juicio, intensificando el potencial estresor de la experiencia.

#### El resultado final del expediente en relación con el impacto y las consecuencias sobre el bienestar y la praxis.

Ante una reclamación hay un importante impacto negativo en la vida de los médicos que les afecta tanto en su hogar como profesionalmente. Los médicos se sienten cambiados por la experiencia judicial (Trent, Waldo, Wehbe – Janek, Williams, Hegefeld y Havens, 2016). En el primer estudio 11,1% indican sentimientos de culpa y en el segundo grupo el 13,1%. En relación al sentimiento de vergüenza, en el primer estudio se observa que el 7% manifiesta haber sentido dicha emoción y en el segundo estudio, el 8,5%. En el primer estudio se observa puntuaciones significativas entre el sentimiento de culpa y el resultado final del expediente ( $p=0,034$ ): sin responsabilidad profesional (8,4% de



sentimientos de culpa) y con responsabilidad profesional (16,6% de sentimientos de culpa). En el segundo estudio la relación no es significativa entre sentimientos de culpa y responsabilidad profesional ( $p=0,155$ ), sin embargo sí observamos una tendencia, pues entre aquellos sin responsabilidad profesional un 13,1% presentó sentimientos de culpa y un 26,6% en aquellos con responsabilidad profesional. En ambos casos estaríamos ante un grupo de profesionales con un locus de control interno, indicando que atribuyen los eventos adversos a causas que dependían directamente de su conducta. Aquellos que, pese a concluir el expediente con resultado de responsabilidad profesional, no presentan sentimientos de culpa podrían tener cierta tendencia a la negación de errores - eventos adversos, con mayor grado de seguridad clínica que el resto y con un locus de control más externo, es decir, el médico imputó las causas del evento adverso a factores del entorno, desplazando la responsabilidad de los hechos que acaecen a causas externas. Sin embargo, esto bien podría corresponder a la realidad del caso, puesto que los factores externos se consideran determinantes en muchos de los eventos adversos en medicina.

Algunos profesionales prosperan y vuelven al trabajo fuertes y resistentes, dependiendo del apoyo y la resiliencia de la persona. En cambio hay algunos que se inclinan hacia resultados como estancamiento profesional, abandono o desaparición, y en el peor de los casos se puede llegar al suicidio. La opción de abandono es la consecuencia de las barreras creadas por los sentimientos severos de culpa y vergüenza de la segunda víctima, que conducen al abandono profesional y la incapacidad para enfrentar el marco ocupacional necesario (Decker, 2013). En relación al sentimiento de incapacidad, se detecta en el segundo estudio una relación significativa entre dicho sentimiento y el resultado final del expediente ( $p= 0,024$ ). Se observa que hay 11,8% médicos sin responsabilidad profesional y 28,9% con responsabilidad profesional, por lo tanto se extrae que si el resultado final del expediente es que se ha considerado responsabilidad profesional hay mayor sentimiento de incapacidad y esto es congruente porque pone en duda el haber hecho las cosas de forma adecuada. Además este sentimiento de incapacidad está totalmente relacionado con las dudas sobre la competencia profesional, que se observa también significativo ( $p= 0,036$ ), específicamente 9,2% sin responsabilidad profesional y 23,6% con responsabilidad profesional y esto indica lo mismo que lo anteriormente afirmado. Por lo tanto, coincidimos en los estudios que afirman que hay una reevaluación de la competencia clínica tras recibir una reclamación (Chan et al., 2017 y Wu, 2000). El médico puede vivir la reclamación de formas muy diversas, como un error causado por su falta de competencia y esto generando una falta de autoestima (Agrest, 2012).

El impacto emocional en los facultativos tras recibir la reclamación fue referenciado por Charles et al. (1985), tenían sentimientos de soledad ante el esfuerzo de defenderse pero



siendo solo un 10% el que buscaba el apoyo de sus compañeros. En cuanto el médico es consciente de la demanda en su contra va transcurriendo por diferentes etapas conductuales y este cambio emocional se caracteriza por la incertidumbre, la soledad, la desconfianza y el miedo (Hurtado et al., 2006). Este sentimiento de soledad, se observa en el segundo estudio en relación significativa con el resultado final del expediente ( $p=0,013$ ). Este sentimiento de soledad se debe a que hay médicos que mostraban miedo a explicar sus preocupaciones a sus compañeros o familiares ya que sentían que podrían dudar de su profesionalidad y esto conllevaba a esa soledad, por lo tanto llevaban ese sufrimiento en silencio.

#### El impacto psicológico en relación con las consecuencias sobre el bienestar y la praxis clínica

Se analizó de forma general la relación del impacto psicológico con las consecuencias sobre el bienestar y los cambios en la praxis clínica. En el primer estudio se observan relaciones significativas entre el impacto psicológico y realizar cambios en las prácticas clínicas ( $p=0,000$ ), coincidiendo la relación significativa también en el segundo estudio ( $p=0,000$ ). En los dos estudios también hay relaciones significativas entre el impacto psicológico y realizar pruebas complementarias ( $p=0,000$ ), prestar mayor atención al registro documental ( $p=0,000$ ), evitar cierto tipo de pacientes ( $p=0,000$ ), buscar información ( $p=0,000$ ) y estar en estado de hipervigilancia ( $p=0,000$ ). Si bien, los resultados difieren en evitar cierto tipo de procedimientos, debido a que en el primer estudio no hay relaciones significativas y en cambio en el segundo estudio sí que hay relaciones significativas ( $p=0,000$ ).

En segundo lugar, se realizó un análisis sobre el número de síntomas y las consecuencias sobre el bienestar y los cambios en la praxis clínica. En ambos estudios coinciden en las relaciones significativas entre número de síntomas y consecuencias: inicio de consumo de sustancias ( $p=0,001/0,000$ ), necesidad de ayuda psicológica ( $p=0,000$ ), necesidad de fármacos ( $p=0,001/0,000$ ), afectación a la vida personal, familiar, social y con sus compañeros ( $p=0,000$ ). En relación al número de síntomas con las consecuencias en las praxis clínicas también se observan relaciones significativas en ambos estudios: cambios en la práctica clínica ( $p=0,000$ ), realizar pruebas complementarias ( $p=0,000$ ), mayor atención al registro documental ( $p=0,000$ ), evitar cierto tipo de pacientes y de procedimientos ( $p=0,000$ ), búsqueda de información ( $p=0,000$ ) y estar en un estado de hipervigilancia ( $p=0,000$ ).

Podemos concluir que la aparición de sintomatología de impacto psicológico se asocia a un mayor impacto de la reclamación en el bienestar de los profesionales y su praxis y que



a cuadros más floridos sintomatológicamente, mayor impacto en el bienestar y la praxis de los profesionales.

Esto es congruente con todo lo anteriormente mencionado, se observa que se cumplen las características del Síndrome Clínico Judicial caracterizado por una autoimagen negativa, aislamiento e impacto emocional. Según la literatura científica hemos observado que dicho síndrome puede ir acompañado de medicina defensiva. Es por este motivo, que observamos de forma objetiva que la sintomatología psicológica detectada está estrechamente relacionada con la medicina defensiva, detectándose que siempre que hay sintomatología psicológica hay afectación en las diferentes esferas vitales de la persona y además hay medicina defensiva (cambios en la práctica clínica, realizar pruebas complementarias, etc.).

En resumen, nuestros resultados subrayan el impacto psicológico en los facultativos de las reclamaciones por presunto defecto de praxis. La sintomatología reactiva queda conformada por emociones negativas, clínica de ansiedad y postraumática, en línea con lo internacionalmente descrito en el síndrome clínico judicial, aunque sin refrendarse los hallazgos relacionados con la afectación del estado de ánimo.

El tipo de procedimiento penal está significativamente relacionado con una mayor sintomatología reactiva en el médico y la sintomatología presenta ciertas especificidades significativas según nos encontremos ante una reclamación activa (reciente) o una reclamación cerrada, pero no con un mayor impacto psicológico general. Algunos sentimientos específicos como la culpa se relacionan significativamente con la resolución final de responsabilidad profesional en el expediente pero no con un mayor impacto psicológico en general.

El impacto psicológico de la reclamación causa afectación en las diferentes esferas vitales del médico y además produce cambios en la praxis, algunos de ellos relacionados con la medicina defensiva.

Nuestros resultados apuntan a una menor relevancia del fenómeno en nuestro entorno, frente a lo reportado internacionalmente. Consideramos que hay factores locales o las mejoras en la gestión del aseguramiento que se han realizado en nuestro entorno que han podido aminorar el impacto psicológico de las reclamaciones, así como factores dependientes de los facultativos implicados: el soporte familiar, laboral y social que hayan recibido, la resiliencia propia de algunos facultativos, la posibilidad de un locus de control externo...





Sigue existiendo una enorme preocupación a nivel mundial sobre el efecto negativo que las reclamaciones por defecto de praxis pueden tener sobre la práctica clínica de los médicos. Nuestros resultados confirman que las reclamaciones conllevan un impacto psicológico en los facultativos y que los médicos afectados por una reclamación tienen mayor probabilidad de cambiar sus prácticas.

El bienestar de los profesionales puede influir en la calidad de los cuidados que proporcionan (Arimany-Manso, Gómez-Durán, Bruguera, et al., 2013). Debemos aumentar los esfuerzos para minimizar el impacto sobre el bienestar de los médicos, por ellos, por el daño que produce en la relación médico-paciente y por el impacto subsiguiente sobre su práctica clínica. Dada la mayor repercusión de los procedimientos penales, nuestros resultados apoyan la recomendación incorporada en la gestión del aseguramiento desde el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona de gestionar las demandas de reclamaciones por defecto de praxis extrajudicialmente (Arimany-Manso, Gómez-Durán, & Aubia-Marimon, 2013; Arimany-Manso, Gómez-Durán, 2013; Bruguera et al., 2014). Si reducimos el riesgo de daño al bienestar del médico y gestionamos las demandas extrajudicialmente, podemos ayudar en la lucha contra los efectos dañinos que pueden producirse sobre la praxis de los facultativos.

Una política de gestión del aseguramiento enfocada a la seguridad clínica y la atención a los facultativos puede ayudar analizándo los datos para ayudar a los médicos a aprender de los errores, así como ayudar a identificar cuadros reactivos relevantes y mejorar la accesibilidad de los facultativos a un soporte adecuado, derivando a los médicos que puedan necesitar de atención por servicios de salud mental a tiempo. Estas medidas secundarias de prevención pueden ser implementadas pero las acciones legales pueden ser clave. Una reforma legal para limitar los procedimientos penales contra los médicos, que promueva los acuerdos extrajudiciales ayudaría a conseguir compensaciones justas para pacientes, reduciría costes y tiempos legales y tendría menos impacto sobre el bienestar de los médicos.

Las reclamaciones por defecto de praxis son un derecho del paciente, su familia y una vía para resarcir el daño que se pueda haber causado pero añaden más tensión a la ya intensa labor de los médicos y afectan al sistema sanitario. Aun así existe escasa investigación sobre el tema de la segunda víctima de reclamaciones por defecto de praxis. Esperamos que los resultados de esta tesis mejoren el conocimiento del problema y ayuden a guiar medidas que reduzcan las consecuencias psicológicas negativas que conllevan tanto para los profesionales como para aquellos a quienes proporcionan atención. Cuidar a los médicos demandados debería ser considerado un tema prioritario por el impacto





El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malapaxis.

---

psicológico que causan las reclamaciones y porque puede afectar al desempeño laboral de la segunda víctima, incorporándose a los Planes de Calidad de las instituciones, tal y como ha ocurrido a nivel internacional.





## LIMITACIONES





## 8. LIMITACIONES

Durante el desarrollo de esta investigación se han puesto de manifiesto algunas limitaciones metodológicas que deben ser expuestas. Nuestro estudio tiene varias limitaciones, como los sesgos específicos de las encuestas y su naturaleza transversal. Las manifestaciones referidas por parte de los médicos sobre los síntomas experimentados y los cambios que han realizado en la práctica clínica pueden estar sesgados, de forma voluntaria o involuntaria.

Por ejemplo, en la medida en que los médicos inconscientemente sufren sintomatología o sufren cambios en su práctica clínica, nuestros resultados subestimarán el fenómeno; pero en la medida en que los médicos atribuyan a la experiencia de reclamación su sufrimiento o cambios en su práctica relacionados principalmente con otros factores, nuestros hallazgos serán exagerados. De hecho, el mero hecho de ser parte de un evento adverso puede estar contribuyendo de alguna manera al impacto psicológico informado.

Nuestra encuesta midió los síntomas y las consecuencias, incluidos los cambios de práctica utilizando categorías fijas y opciones predeterminadas, sin autoinformar detalles mediante un campo libre que podría haber enriquecido la descripción cualitativa del fenómeno.

Nuestros hallazgos se derivan de la encuesta de médicos en el contexto catalán y no puede generalizarse a otros lugares o entornos de reclamaciones por responsabilidad profesional. Además se debe tener en cuenta que los expedientes que componían la muestra diferían en relación a la homogeneidad del estatus del procedimiento y por lo tanto, la tesis se ha realizado mediante un análisis estratificado.

Pese a todo lo anterior, se trata del estudio con mayor muestra empírica de profesionales reclamados y el primero en nuestro entorno. La literatura médica sobre el impacto de las reclamaciones en los facultativos resulta muy limitada y con escasa fundamentación empírica, principalmente son revisiones narrativas y artículos especiales o de opinión.

El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malpraxis.

---





## CONCLUSIONES





## 9. CONCLUSIONES

**Hipótesis 1. Las reclamaciones por responsabilidad profesional son estresantes y traumáticas para el médico reclamado, manifestando síntomas psicológicos y físicos desde el inicio del procedimiento y tras el mismo.**

**Se confirma que las reclamaciones por responsabilidad profesional médica son estresantes y traumáticas para el médico acusado, manifestando síntomas psicológicos y físicos desde el inicio del procedimiento y tras el mismo.**

*Los médicos encuestados identificaron un impacto psicológico de la reclamación (58,4% vs 56,4%). La sintomatología más frecuente fueron emociones negativas relativas a la reclamación y sintomatología ansiosa, predominando en ambos estudios la preocupación, decepción, frustración, indignación, reexperimentación, desconfianza y ansiedad. La sintomatología física reportada fue excepcional.*

*No se encontraron diferencias significativas en relación a la sintomatología psicológica entre aquellos médicos recién reclamados (53,5%) y los que tenían una reclamación cerrada (60,5%).*

**Hipótesis 2. Dicha sintomatología es diferente según el trámite sea judicial o extrajudicial y según haya existido o no responsabilidad profesional médica.**

**No se confirma que existan diferencias significativas en la sintomatología según el procedimiento sea judicial o extrajudicial y según haya existido o no responsabilidad profesional médica.**

*Recibir una reclamación es un factor estresante de per se independientemente de su carácter extrajudicial y judicial, así como del resultado final de expediente. Sí que se identificaron diferencias significativas entre procedimientos penales y no penales (civiles o extrajudiciales) ( $p= 0,001$  vs  $0,021$ ).*

**Hipótesis 3. Dicha sintomatología se asocia a cambios en su vida personal, social y familiar y cambios en su praxis.**

**Se confirma que la sintomatología psicológica reactiva a la reclamación se asocia significativamente a cambios en su praxis y que dicha sintomatología reactiva causa afectación a nivel personal, familiar o social.**





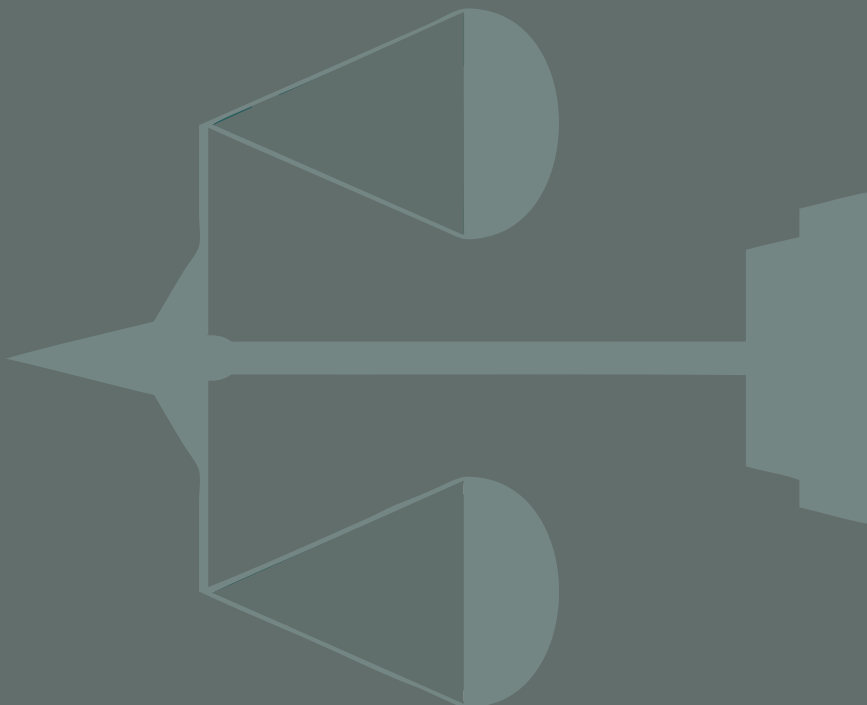
El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malpraxis.

---





## ANEXOS





## 10. ANEXOS (PUBLICACIONES REALIZADAS)

J. healthc. qual. res. 2018;33(5):284-289



Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr



ORIGINAL ARTICLE

### Physicians as second victims after a malpractice claim: An important issue in need of attention



E.L. Gómez-Durán<sup>a,b,c,\*</sup>, M. Vizcaino-Rakosnik<sup>a,b</sup>, C. Martin-Fumadó<sup>a,b,c</sup>, J. Klamburg<sup>a</sup>, J. Padrós-Selma<sup>a</sup>, J. Arimany-Manso<sup>a,c,d</sup>

<sup>a</sup> Professional Liability Department, Barcelona's College of Physicians, Barcelona, Spain

<sup>b</sup> Medicine Department, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain

<sup>c</sup> Professional Liability and Legal Medicine Chair, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

<sup>d</sup> Legal Medicine Unit, Public Health Department, Universidad de Barcelona, Barcelona, Spain

Received 13 March 2018; accepted 10 June 2018

Available online 22 October 2018

#### KEYWORDS

Post traumatic stress disorder;  
Malpractice;  
Professional liability;  
Claims review;  
Claims analysts

#### Abstract

**Objective:** Being sued for malpractice is extremely stressful and potentially traumatizing. We aim to identify claims' consequences on the physicians' well-being and medical practice.

**Material and methods:** We administered a confidential telephonic survey to those physicians with a claim closed during 2014, among those insured by the main professional liability insurance company in the region. The questionnaire addressed several topics: symptoms and well-being changes, needs, impairments and practice changes. We used descriptive statistics as well as Chi-square and T-Student tests.

**Results:** A total of 99 physicians responded to the questionnaire (response rate of 64.7%). Most of them (80.8%) acknowledged having suffered a significant emotional distress, no matter the claim's outcome ( $p=0.958$ ) or the kind of procedure ( $p=0.928$ ). Anger and mood cluster of symptoms were frequent, and the experience frequently affected their personal, family or social life and professional conduct. Practice changes correlated significantly and positively with the number of symptoms reported ( $p=0.010$ ), but not with the outcome of the claim ( $p=0.338$ ) or the kind of procedure ( $p=0.552$ ).

**Conclusions:** Most claimed physicians suffer a significant emotional distress after a malpractice claim, which affects their professional performance. According to our results, they should be assessed and assisted in order to minimize the negative consequences on their well-being and their praxis.

© 2018 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Corresponding author.

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.06.002>

2603-6479/© 2018 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.





Revisión

## El síndrome clínico judicial: el impacto de los procedimientos judiciales en los médicos



Josep Arimany-Manso<sup>a,b</sup>, Marta Vizcaíno<sup>a</sup> y Esperanza L. Gómez-Durán<sup>a,c,d,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Responsabilidad Profesional, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> Unidad de Medicina Legal y Toxicología, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

<sup>c</sup> Departamento de Medicina, Universidad Internacional de Cataluña, Barcelona, España

<sup>d</sup> Hestia Duran i Reynolds, Hestia Alliance, Barcelona, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

**Historia del artículo:**

Recibido el 25 de enero de 2018

Aceptado el 8 de febrero de 2018

On-line el 30 de abril de 2018

**Palabras clave:**

Síndrome clínico judicial

Síndrome de estrés por mala praxis

Estrés por litigio

Negligencia

### RESUMEN

Las reclamaciones por presunto defecto de praxis resultan una preocupación relevante para los facultativos, sin embargo, el impacto que las mismas tienen sobre estos recibe escasa atención. Se presenta una revisión sistemática de la literatura científica mediante la búsqueda en la base de datos MEDLINE, sin límite temporal, de manuscritos en castellano, inglés o francés, sobre la reacción de los facultativos ante una reclamación por negligencia. Se evaluó su calidad metodológica y analizaron sus resultados.

La búsqueda identificó un total de 18 artículos, en su mayoría sin análisis de muestra empírica, que describían la sintomatología, el constructo de síndrome clínico judicial, su prevalencia, etiopatogenia y aspectos de prevención y abordaje. La literatura médica al respecto resulta muy escasa y con una pobre fundamentación empírica. Sin embargo, los datos disponibles subrayan la relevancia del impacto de las reclamaciones sobre los facultativos y urgen a instaurar medidas de prevención y abordaje del denominado síndrome clínico judicial.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Clinical judicial syndrome: The impact of judicial proceedings on physician

#### ABSTRACT

Complaints of alleged malpractice are a concern for doctors, however the impact these complaints have on them receives little attention. We present a systematic review of the scientific literature by searching the MEDLINE database, without no time limit, of manuscripts on doctors' reaction to a malpractice claim, carried out in Spanish, English and French. Their methodological quality was evaluated, and the results were analysed.

The search identified a total of 18 articles, mostly without empirical sample analysis, which described the clinical judicial syndrome construct, its symptomatology, prevalence, etiopathogenesis and issues of prevention and approach. The literature on this subject is very scarce and has poor empirical foundation. However, the available data underscored the relevance of the impact that these complaints have on doctors and highlight the need to establish preventive measures and approaches to the so-called clinical judicial syndrome.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Keywords:**

Clinical judicial syndrome

Malpractice stress syndrome

Litigation stress

Malpractice

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elgomezduran@comb.cat (E.L. Gómez-Durán).

<https://doi.org/10.1016/j.jmedcl.2018.02.017>

0025-7753/© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.





# JOURNAL OF PATIENT SAFETY

ORIGINAL ARTICLE

## The Impact of Malpractice Claims on Physicians' Well-Being and Practice

Vizcaino-Rakosnik Maria, \*† Martin-Fumadó Carlos, \*†‡  
Arimany-Manso Josep, \*† and Gómez-Durán Esperanza L., MD, PhD\*†§

**Objectives:** Malpractice litigation causes extreme stress. We examine the psychological impact of malpractice claims on physicians' well-being and the consequences on patient care.

**Methods:** A confidential telephone survey, administered to physicians with both open and closed claims from the previous year, explored symptoms, well-being changes, needs, impairments, and practice changes.

**Results:** Of the 282 respondents, more than half (56.38%) reported a notable psychological reaction to the malpractice claim, with no differences between the open and closed claims ( $P = 0.2477$ ) or between closed claims with and without a payout ( $P = 1$ ). Physicians facing criminal proceedings were more likely to experience a notable psychological impact ( $P = 0.0206$ ). Almost half of the respondents (45.39%) acknowledged practice changes: viewing patients as potential plaintiffs (45.39%), paying more attention to recordkeeping (42.19%), obtaining medicolegal training (37.94%), ordering more tests (36.17%), and avoiding specific kinds of patients (21.63%) or procedures (19.85%). Acknowledging a psychological impact was positively and significantly associated with professional practice changes ( $P < 0.0001$ ), and the mean number of symptoms was significantly higher among those who acknowledged practice changes ( $P = 0.0001$ ).

**Conclusions:** Our results confirm the psychological impact of a malpractice claim and that impacted physicians are more likely to change their care practices, involving defensive medicine practices. Therefore, care for physicians facing malpractice claims needs to be considered under the umbrella of health care quality. Timely mental health referral paths could help mitigate the psychological impact and avoid the pernicious effects of negative practice changes.

**Key Words:** second victim, malpractice, defensive medicine, psychological impact, mental health



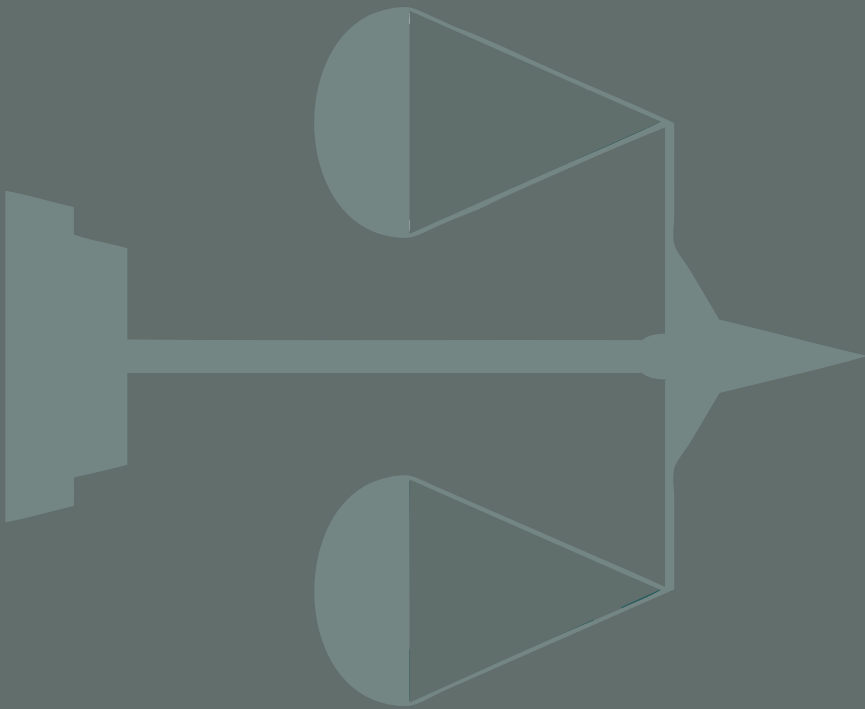
El médico como segunda víctima en los casos de reclamación profesional por malapaxis.

---





## BIBLIOGRAFÍA







## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Agrest, A. (2012). Síndrome clínico judicial. *Medicina (B. Aires)*, 185-187.
- Aguirre-Gas, H. G., Zavala-Villavicencio, J. A., Hernández-Torres, F., & Fajardo-Dolci, G. (2010). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía y cirujanos*, 78(5), 456-462.
- Álvarez Caperochipi JA. Curso 2012. VII Edición Máster en Bioética. *La Lex Artis: una perspectiva jurisprudencial*.
- Arimany-Manso, J., Vizcaíno, M., & Gómez-Durán, E, L. (2018). El síndrome clínico judicial: el impacto de los procedimientos judiciales en los médicos. *Medicina Clínica*, 151 (4), 156-160. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.02.017>
- Arimany-Manso, J., Gómez-Durán, E, L., Bruguera, M., & Aubia, J. (2013). An integral and direct management model of medical professional responsibility insurance in Catalonia. *Medicina Clínica*, 141 (7), 300–304.
- Arimany-Manso, J, & Gómez-Durán, E, L. (2013). La gestión de la responsabilidad profesional médica desde el colectivo de la profesión médica y enfocada a la seguridad clínica. *Revista Española de Medicina Legal*, 39 (7), 142–148.
- Arimany-Manso, J., Gómez-Durán, E. L., & Aubia-Marimon, J. (2013). Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gaceta Sanitaria*, 27, 92-93.
- American Psychological Association. (2019). *The road to resilience*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar, C., Limón, R., Mira, J. J., Vitaller, J., Agra, Y., & Terol, E. (2012). A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *The European Journal of Public Health*, 22 (6), 921-925.
- Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2005). Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). *Madrid, MSC*, 169.
- Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., Glick, S., & Reuveni, H. (2012). Defensive medicine in Israel - a nationwide survey. *PLoS ONE*, 7: e42613, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0042613>.



- Astier-Peña, M. P., Torijano-Casalengua, M. L., & Olivera-Canadas, G. (2015). Setting priorities for patient safety in primary care. *Atencion Primaria*, 48 (1), 3-7.
- Barach, P., Small, S.D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*, 320:759-63.
- Berlin, L. (2017). Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis*, 4(3), 133-139.
- Boluarte, T. A. (2009). The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. *Swiss medical weekly*, 139 (0102).
- Bowers, L., Simpson, A., Eyres, S., Nijman, H., Hall, C., Grange, A., & Phillips, L. (2006). Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: The Tompkins Acute Ward Study. *International Journal of Mental HealthNursing*, 15 (4), 226-234.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., & Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England journal of medicine*, 324 (6), 370-376.
- Bub, B. (2010). Confidential Litigation Stress Mentoring: Thriving in the Face of Litigation. *Medicina defensiva advisor: a journal for New Jersey medical community*, 3 (1), 6-11.
- Burlison, J. D., Quillivan, R. R., Scott, S. D., Johnson, S., & Hoffman, J. M. (2016). The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. *Journal of patient safety*, 1-5.
- Bushy, A., & Rauh, J. R. (1993). The human response to professional litigation in rural practice: Application of Caplan's theory of crisis. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 16, 55 - 66.
- Castillo, J. (2011). Síndrome de Burnout y características sociodemográficas en los residentes del postgrado de medicina interna del Hospital Central Universitario. Disponible en URL: [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/id/58549055.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/58549055.html).
- 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.
- Carrillo, F. L. M. R., & Reyna, L. M. (2005). La responsabilidad profesional del médico en México. *Ciudad de México: Porrúa*.



- 
- Carr, S. (2009). Disclosure and apology: what's missing. *Advancing Programs that Support Clinicians.* " *Medically Induced Trauma Support Services (MITSS)*.
  - 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.
  - Chan, S. T., Khong, P. C. B., & Wang, W. (2017). Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *International nursing review*, 64(2), 242-262
  - Chantler, C. (1998). Soundbites. *BMJ: British Medical Journal*, 317(7173), 1666.
  - Charles, S. C., Pyskoty, C. E., & Nelson, A. (1988). Physicians on trial – self – reported reactions to malpractice trials. *West J Med*, 148, 358-360.
  - Charles, S. C., Wilbert, J. R., & Franke, K. J. (1985). Sued and nonsued physicians' self-reported reactions to malpractice litigation. *The American journal of psychiatry*, 142, 437 – 40.
  - Christensen, J. F., Levinson, W., & Dunn, P. M. (1992). The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med*, 7, 424–31.
  - Clancy, C.M. (2012). Alleviating “second victim” syndrome: how we should handle patient harm. *J Nurs Care Qual*, 27 (1), 1 - 5.
  - Clarke, J. (2007). Promoting Professional Resilience. *In Contemporary Risk Assessment in Safeguarding Children* (pp. 164–180).
  - Cohen J, S., & Erickson, J.M. (2006). Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs*, 10 ( 6 ), 775 - 780 .
  - Conway, J., Federico, F., Stewart, K., et al. (2011) Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events. IHI Innovation Series White Paper Cambridge, MA: *Institute for Healthcare Improvement*.
  - Corbella i Corbella, J. (1995). Antecedentes históricos de la medicina legal en España.
  - Corbella, J. (1991). Evolución del concepto de responsabilidad médica. *Organización Médica Colegial*, 13, 27-28.
  - Couch, C. E., & Thiebaud, S. (2002). Who supports physicians in malpractice cases?(Doctors, Lawyers and Lawsuits). *Physician executive*, 28(2), 30-34.



- Daniels, R., & McCorkle, R. (2016). Designs of an Evidence – Based “Second Victim” Curriculum for Nurse Anesthetists. *AANA Journal*, 84, (2), 107 – 113.
- Davidson, J., Agan, D., Chakedis, S., & Slobik, Y. (2015). Workplace Blame and Related Concepts, An Analysis of Three Case Studies. *CHEST*, 148 (2), 543 – 549.
- De Freitas, G. F., Hoga, L. A. K., Fernandez, M. D. F. P., González, J. S., Ruiz, M. C. S., & Bonini, B. B. (2011). Brazilian registered nurses’ perceptions and attitudes towards adverse events in nursing care: a phenomenological study. *Journal of Nursing management*, 19 (3), 331-338.
- Deringer, E., & Caligor, E. (2014). Supervision and responses of psychiatry residents to adverse patient events. *Academic Psychiatry*, 38 (6), 761-767.
- Denham, C. R. (2007). Trust: The 5 Rights of the Second Victim. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 107–120.
- Díaz De Rada, V. (2001). Estrategias para incrementar la tasa de respuesta en las encuestas. *Revista Internacional De Sociología*, 59(29), 133–162. <https://doi.org/10.3989/ris.2001.i29.759>
- Edrees, H.H., Morlock, I., & 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., 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. *BMJ Open*, 6, 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>.
- Edrees, H., Paine, L., Feroli, E. & Wu, A. (2011). Health care workers as second victims of medical errors. *Por Arch Med Wewn*, 121,(4) 101 – 107.
- Engel, K. G., Rosenthal, M., & Sutcliffe, K. M. (2006). Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Academic Medicine*, 81 (1), 86-93.
- Fajardo, G., Meljem, J., Rodríguez, F.J., Zavala, J.A., Vicente, E., Venegas, F., Mahuina, E., & Aguirre, H. (2012). Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Revista Conamed*, 17 (1), 30-43.
- Fileni, A., Magnavita, N., Mammi, F., Mandoliti, G., Lucà, F., Magnavita, G., & Bergamaschi, A. (2007). Malpractice stress syndrome in radiologists and radiotherapists: perceived causes and consequences. *Radio med*, 112, 1069 – 1084. <https://doi.org/10.1007/s11547-007-0206-9>.



- 
- Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Garbutt, J. M., Kapp, J. M., Chan, D.K., Dunagan, W. C., & Levinson, W. (2006). US and Canadian physicians attitudes and experiences regarding disclosing errors to patient. *Archives of Internal Medicine*, 166(15), 1605 – 1611.
  - Garbutt, J., Waterman, A. D., Kapp, J. M., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V., & Gallagher, T. H. (2008). Lost opportunities: how physicians communicate about medical errors. *Health Affairs*, 27(1), 246-255.
  - García, M., & Molinos, J. J. (1995). Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica (aspectos jurídicos y médico-forenses). *Granada: Editorial Comares*, 228-34.
  - Gisbert Grifo, M. S., & Fiori, A. (2005). Responsabilidad médica. Gisbert Calabuig JA, Enrique Villanueva Cañadas. Medicina Legal y Toxicología. 6ta edición. *Edit. Elsevier*, 109-124.
  - Gómez-Durán, E. L., Vizcaíno-Rakosnik, M., Martín-Fumadó, C., Klamburg, J., Padrós-Selma, J., & Arimany-Manso, J. (2018). Physicians as second victims after a malpractice claim: An important issue in need of attention. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33 (5), 284 – 289. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.06.002>.
  - Grau, E., Álvarez, R., & Sánchez, M. (2017). Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. El síndrome de “Burnout”: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
  - Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. Diseño de guías y herramientas para reducir el impacto que los eventos adversos también tienen en los profesionales sanitarios (segundas víctimas) de atención primaria y hospitales (proyecto coordinado) - PI13/0473 y PI13/01220. 2015. ISBN: 978-84-608-2768-9.
  - Gutiérrez, H., & Iraola, N. (2004). Responsabilidad Médico Legal, Responsabilidad Profesional, Médico, Cargas. *Rev Asoc Méd Argent*, 117, (2), 40-41.
  - Harrison, R., Lawton, R., Perlo, J., Gardner, P., Armitage, G., & Shapiro, J. (2014). Emotion and coping in the aftermath of medical error: a cross-country exploration. *Journal of patient safety*, 11 (1), 28-35.
  - Hall L, W., & Scott S,D.(2012). The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin N Am*, 47, 383–393.



- Hernández, R. A., Torres, M. Y. M., & Ávila, M. Á. C. (2009). Caso CONAMED. *Revista CONAMED*, 14(4), 37-40.
- Hernández, Á. (2008). Estudio médico forense de la responsabilidad profesional médica. *Revista Estudios Jurídicos*. Segunda Época, (8).
- Hirschinger, L. E., Scott, S. D., & Hahn-Cover, K. (2015). Clinician support: Five years of lessons learned. *Patient Safety & Quality Healthcare*, 12(2) 26–31.
- Hobgood, C., Weiner, B., Tamayo-Sarver, J. H., & Elms, A (2005). The influence of the causes and contexts of medical errors on emergency medicine residents' responses to their errors: an exploration. *Academic Medicine*, 80, 758–764.
- Holmström, A. R., Airaksinen, M., Weiss, M., Wuliji, T., Chan, X. H., & Laaksonen, R. (2012). National and local medication error reporting systems: a survey of practices in 16 countries. *J Patient Saf*, 8 (4), 165 - 176.
- Horak B, J., Welton, W., & Shortell, S. (2004). Crossing the quality chasm: implications for health services administration education. *J Health Adm Educ*, 21(1), 15 - 38.
- Horsfall, S. (2014). Doctors who commit suicide while under GMC fitness to practice investigation.
- Hu, Y. Y., Fix, M. L., Hevelone, N. D., Lipsitz, S. R., Greenberg, C. C., Weissman, J. S., & Shapiro, J. (2012). Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. *Archives of surgery*, 147(3), 212-217.
- Hurtado, E., Gutiérrez, H., Iraola, N., & Rodríguez, A. (2006). Síndrome Clínico Judicial. *Rev Asoc Med Argent*, 119, 8–16.
- James, J. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*, 9 (3), 122-128.
- Jiménez Flores, E. Y., Alayola Sansores, A., Mancebo Hernández, A., & Campos Castolo, M. (2018). Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. *Revista CONAMED*, 23(2).
- Joesten, L., Cipparrone, N., Okuno – Jones, S., & Du Bose, E. (2015). Assessing the Perceived Level of Institutional Supports for the Second Victim After a Patient Safety Event. *J Patient Safety*, 11 (2), 73 – 78.



- 
- Karga, M., Kiekkas, P., Aretha, D. & Lemonidou, C. (2011) Changes in nursing practice: associations with responses to and coping with errors. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3246–3255.
  - Keklilián, R., & Nassif, J.C. (2006). Síndrome Forense de Sócrates. *Clínicas Perinatológicas Argentinas*, 4.
  - Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). To Err is Human – Building a Safer Health System. Washington, DC: *The National Academy Press*.
  - Kroll, L., Singleton, A., Collier, J., & Rees Jones, I. (2008). Learning not to take it seriously: junior doctors' accounts of error. *Medical education*, 42 (10), 982-990.
  - Lander, L. I., Connor, J. A., Shah, R. K., Kentala, E., Healy, G. B., & Roberson, D. W. (2006). Otolaryngologists' responses to errors and adverse events. *The Laryngoscope*, 116 (7), 1114-1120.
  - Larson, K., & Elliott, R. (2010). The emotional impact of malpractice. *Nephrology Nursing Journal*, 37 (2), 153-156.
  - Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping (pp.150-153). *New York: Springer Publishing Company*.
  - Lewis, E. J., Baernholdt, M., & Hamric, A. B. (2013) Nurses' experience of medical errors: an integrative literature review. *J Nurs Care Qual*, 28, 153–161.
  - Macleod, L. (2014). “Second victim” Casualties and How Physician Leaders Can Help. *Physician Exec*, 40, 8-12.
  - Mankaka, C.O., Waeber, G. & Gachoud, D. (2014) Female residents experiencing medical errors in general internal medicine: a qualitative study. *Bio Med Central Medical Education*, 14, 140–148.
  - Mariñelarena, J. L. M. (2011). Responsabilidad profesional médica. *Cirujano General*, 33 (S2), 160-163.
  - Marmon, L. & Heiss, K. (2015). Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care. *Seminars in Pediatric Surgery*, 24, 315-318. <http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.08.011>
  - Martens, J., Van Gerven, E., Lannoy, K., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., De Herts, M., & Vanhaecht, K. (2016). Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses. *Revista Calidad Asistencial*, 31 (S2), 26 – 33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.004>





- Martín del Campo, G., Valencia, R., & Pacheco, A. (2014). Síndrome posdemanda legal. En *Fuentes del conflicto en la relación médico – paciente. Reflexiones y propuestas*. Aguascalientes: Comisión Estatal de Arbitraje Médico.
- Mazor, K. M., Roblin, D. W., Greene, S. M., Lemay, C. A., Firreno, C. L., Calvi, J., & Gallagher, T. H. (2012). Toward patient-centered cancer care: patient perceptions of problematic events, impact, and response. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (15), 1784.
- McDonald, T. B., Helmchen, L. A., Smith, K. M., Centomani, N., Gunderson, A., Mayer, D., & Chamberlin, W. H. (2010). Responding to patient safety incidents: the “seven pillars”. *Quality and Safety in Health Care*, 19 (6), e11-e11.
- McLennan, S. R., Engel-Glatte, Meyer, A. H., Schwappach, D. L., Scheidegger, D. H., & Elger, B. S. (2015). The impact of medical errors on Swiss an a esthesiologists: a cross-sectional survey. *Acta An a esthesiologica Scandinavica*, 59 (8), 990-998.
- Medallo, J., Pujol, A., Arimany-Manso, J. (2006). Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)*, 126:152-6.
- Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., & Pérez-Pérez, P. (2015). The aftermath of 31 adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. 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, A., 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, (341), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>.
- Muir (1997). Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. *Madrid: Churchill Livingstone*.
- Newman, M, C. (1996). The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med*, 5, 71–5.
- O’Beirne, M., et al. (2012). Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25, 177–183.
- O’Connor, E., Coates, H. M., Yardley, I. E., & Wu, A. W. (2010). Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 371-379.



- 
- Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R., Mutrynowski, T., & Abu-Zidan, F. (2013) The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics*, 14(42), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6939-14-42>.
  - Ortega, C. R., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas I. *International journal of clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
  - Panella, M., Rinaldi, C., Leigheb, F., Donnarumma, C., Kul, S., Vanhaecht, K., & Di Stanislao, F. (2016). The determinants of defensive medicine in Italian hospitals: The impact of being a second victim. *Revista de Calidad Asistencial*, 31 (S2), 20 – 25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.010>
  - Panella, M., Leigheb, F., Rinaldi, C., Donnarumma, C., Tozzi, Q., Di Stanislao, F. (2015). Defensive Medicine. Overview of the literature. *Ig Sanita Pubbl*, 71, 335-51.
  - Panella, M., Rinaldi, C., Vanhaecht, K., Donnarumma, C., Tozzi, Q., & Di Stanislao, F. (2014). Second victims of medical errors: a systematic review of the literature. *Ig Sanita Pubbl*, 70, 9-28.
  - Pellino, I. M., & Pellino, G. (2015). Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical – judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates Surg*, 67, 331 – 337.
  - Pinto, A., Faiz, O., Bicknell, C., & Vincent, C. (2013). Surgical complications and their implications for surgeons' well-being. *British journal of Surgery*, 100 (13), 1748-1755.
  - Plews-Ogan, M., Owens, J. E., & May, N. B. (2013). Wisdom through adversity: Learning and growing in the wake of an error. *Patient education and counseling*, 91 (2), 236-242.
  - Portela M, Bugarín R, Rodríguez M, & Alonso A. (2018). Seguridad del paciente, calidad asistencial y ética de las organizaciones sanitarias. *Revista Bioética*, 26 (3).
  - Prins, J. T., Van Der Heijden, F. M. M. A., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Bakker, A. B., van de Wiel, H. B., Jacobs, B., & Gazendam-Donofrio, S. M. (2009). Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychology, health & medicine*, 14 (6), 654-666.
  - Pujol-Robinat, A., Martín-Fumadó, C., Giménez-Pérez, D., & Medallo-Muñiz, J. (2013). Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. *Revista Española de Medicina Legal*, 39 (4), 135-141.



- Rassin, M., Kanti, T., & Silner, D. (2005). Chronology of medication errors by nurses: Accumulation of stresses and PTSD symptoms. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(8), 873–886. <https://doi.org/10.1080/01612840500184566>.
- Reading, E. G. (1986). The malpractice stress syndrome. *New Jersey medicine: the journal of the Medical Society of New Jersey*, 83 (5), 289.
- 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>
- Reese, J. T. (1991). *Critical incidents in policing*. US Department of Justice, Federal Bureau of Investigation.
- Sabo B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online J Issues Nurs*, 16 (1),1.
- Sanbar, S. S., & Firestone, M. H. (2006). Medical malpractice stress syndrome. *In The medical malpractice survival handbook* (pp. 9-15). Mosby
- Sánchez y Aliaga (2019). El futuro de la seguridad del paciente. En L. Aliaga (Coord). *La seguridad del paciente en la práctica clínica* (pp. 222 -233).
- Santoro E (2014). Clinical-judicial syndrome: how a doctor becomes a patient through general indifference. *UpdatesSurg*, 66, 173–175.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., & Oreskovich, M. R. (2011). Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of surgery*, 146(1), 54-62.
- Schelbred, A.B. & Nord, R. (2007). Nurses' experiences of drug administration errors. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 317–324.
- Schernhammer, E. (2005). Taking their own lives—the high rate of physician suicide. *N Engl J Med*, 352 (24), 2473-6.
- Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2295-2302.
- Schwappach, D., Boluarte, T. (2009). The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Medical Weekly*, 139, 9-15.



- 
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Hall, L. W. (2010). Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(5), 233–240. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36038-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36038-7).
  - 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>
  - Seys, D., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., et al. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*, 36:135–62. <http://dx.doi.org/10.1177/0163278712458918>
  - Simón, P., & Júdez, J. (2001). Consentimiento informado. *Med Clin*, 117, (3) 99- 106.
  - Stanton, J., & Caan, W. (2003). How many doctors are sick? *BMJ*, 326 (7391), S97.
  - Strasburger, L. H. (1999). The litigant-patient: mental health consequences of civil litigation. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 27 (2), 203-211.
  - Studdert, D. M., Mello, M. M., Gawande, A. A., Gandhi, T. K., Kachalia, A., Yoon, C., & Brennan, T. A. (2006). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *New England journal of medicine*, 354 (19), 2024-2033.
  - Studdert, D.M., Mello M.M., Sage W.M., DesRoches C.M., Peugh,J., Zapert, K, et al. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293: 2609 -17.
  - Torijano-Casalengua, M. L., Astier-Peña, P., & Mira-Solves, J. J. (2016). El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Atención Primaria*, 48 (3), 143.
  - Treiber, L.A. & Jones, J.H. (2010). Devastatingly human: an analysis of registered nurses’ medication error accounts. *Qualitative Health Research*, 20, 1327–1342.
  - Trent, M., Waldo, K., Wehbe-Janek, H., Williams, D., Hegefeld, W., & Havens, L. (2016). Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program. *Journal of healthcare risk management*, 36 (2), 27-34.
  - Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. (2014). Suffering in silence : a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*, 23,325–331. <https://doi.org/10.1136/bmjqs2013-002035>



- Van Gerven, E., Tinne, E., Vandenbroeck, S., Dierickx, S., Euwema, M., Sermeus, W., De Witte, H., Godderis, L., & Vanhaecht, K. (2016). Increased Risk os Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident. *Medical Care*, 54, (10), 937-943.
- Van Gerven, E., Deweer, D., Scott, S. D., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2016). Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: a qualitative study. *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 34-46. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.02.003>.
- Van Pelt, F. (2008). Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual SafHealth Care*, 17, 249–252. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025536>.
- Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *Bmj*, 322(7285), 517-519. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7285.517>.
- Vincent, C. (1999). Fallibility, uncertainty, and the impact of mistakes and litigation. In: J. Firth – Cozens, R. Payne (eds). *Stress in health professionals*. (pp. 63-76). London: John Wiley
- Waterman, A, D., Garbutt, J., Hazel, E., et al. (2007). The Emotional Impact of Medical Errors on Practicing Physicians in the United States and Canada. *Joint Comission Journal on Quality and Patient Safety*, 33 (8), 467 - 476. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(07\)33050-X](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33050-X)
- West, C. P., Tan, A. D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *Jama*, 302 (12), 1294-1300.
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *Jama*, 296(9), 1071-1078.
- White, A., Waterman, A., McCotter, P., Boyle, D., & Gallagher, T. (2008). Supporting health care workers after medical error: considerations for health care leaders. *JCOM*, 15 (5), 240-247.
- WHO. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. 1–160.
- Wiegand D, L., & Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurs Ethics*, 19 (4), 479 – 487.
- Wolf, Z. R., Serembus, J. F., Smetzer, J., Cohen, H., & Cohen, M. (2000). Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clinical Nurse Specialist*, 14 (6), 278-290.



- Wu, A. W., Boyle, D. J., Wallace, G., & Mazor, K. M. (2013). Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *Journal of Public Health Research*, 2(3).
- Wu, A. & Steckelberg, R. (2012). Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf*, 21, 267-70.
- Wu, A. (2000). Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *BJM*, 320 (7237), 726- 727.
- Wurst, F.M., et al. (2011). The therapist's reaction to a patient's suicide: results of a survey and implications for health care professionals' wellbeing. *Crisis*, 32, 99–105.
- Young, P., Finn, B., Pellegrini, D., Bruetman, J. E., Young, D. R., & Trimarchi, H. (2012). Síndrome clínico-judicial. *Medicina*, 2 (2), 74 - 78.
- Zuger, A. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *New England Journal of Medicine*, 350 (1), 69-75.











UIC  
barcelona