

ORIGINAL

Experiencia de los profesionales sanitarios como segundas víctimas en un Servicio de Urgencias Pediátricas

Vanessa Arias Constanti^{1,2}, Mireia Urrea Ayala³, Inés Dalmau Pons^{4,6}, Mónica Inchuste Grassi⁵, Carles Luaces Cubells^{1,2,6}, Victoria Trenchs Sainz de la Maza^{1,2,6}

¹Influencia del entorno en el bienestar del niño y del adolescente. Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona. ²Área de Urgencias; ³Área de Seguridad Clínica. Dirección de calidad y experiencia del paciente; ⁴Servicio de Prevención Mancomunado; ⁵Dirección de Personas y Valores. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Esplugues de Llobregat, Barcelona. ⁶Universidad de Barcelona, Barcelona

Recibido el 19 de octubre de 2023
Aceptado el 29 de noviembre de 2023

Palabras clave:

Segunda víctima
Evento adverso
Seguridad
SVEST

Key words:

Second victim
Adverse event
Safety
SVEST

Dirección para correspondencia:

Dra. Vanessa Arias Constanti.
Área de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu. Passeig Sant Joan de Déu 2.
08940 Esplugues de Llobregat, Barcelona.
España.
Correo electrónico: vanessa.arias@sjd.es

Resumen

Objetivos: Evaluar el impacto emocional de los profesionales de un Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) involucrados en un evento adverso (EA), analizar el impacto de la experiencia y el apoyo recibido/deseado.

Métodos: Se envió una encuesta que incluía el cuestionario *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST) a 180 profesionales del SUP en 2022.

Resultados: Se obtuvieron 67 (37,2%) respuestas. Treinta y cinco (52,2%) participantes habían experimentado un EA. Las puntuaciones medias más altas del SVEST fueron para las dimensiones "autoeficacia profesional disminuida" (3,3), "apoyo institucional inadecuado" (2,7) y "malestar psicológico" (2,6); para la variable de resultado, "intención de rotación" (2,5), y para las opciones de apoyo deseadas, "Un programa de asistencia al empleado" (4,1).

Conclusiones: Los EA son frecuentes en los SUP afectando a la mitad de los encuestados. Los profesionales pierden la confianza en sí mismos sintiéndose deprimidos e ineficaces, consideran cambiar su profesión, y les gustaría más apoyo institucional y de los compañeros.

EXPERIENCE OF HEALTHCARE PROVIDERS AS SECOND VICTIMS IN A PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT

Abstract

Objectives: To evaluate the emotional impact on healthcare providers of a Pediatric Emergency Department (PED) involved in an adverse event (AE) and to analyze the effects of the experience and the support received/desired.

Methods: A survey including the *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST) questionnaire was sent to 180 healthcare providers working in the PED in 2022.

Results: We received 67 (37.2%) responses. Among the respondents, 35 (52.2%) participants had experienced an AE. The highest mean scores on the SVEST were observed in the dimensions of "diminished professional self-efficacy" (3.3), "inadequate institutional support" (2.7), and "psychological distress" (2.6); for the outcome variable, "turnover intentions" (2.5); and for the desired support resources, "An employee assistance program" (4.1).

Conclusions: AEs are common occurrences in PEDs and affected half of the respondents. Healthcare providers often experience a loss of self-confidence, feelings of depression and ineffectiveness, and may consider changing their profession. They would require more institutional and peer support.

INTRODUCCIÓN

El riesgo de eventos adversos (EA) es particularmente elevado en el SUP, principalmente por el tipo de atención que se realiza en ellos^(1,2). Los EA suelen analizarse en función de las consecuencias para el paciente, mientras que se subestima el impacto en el profesional sanitario, que en última instancia también es una víctima. En el año 2000, Wu⁽³⁾ define el término segunda víctima, siendo Scott⁽⁴⁾ en 2009 quien estudia este fenómeno y lo caracteriza como un “proveedor de atención médica que está involucrado en un evento adverso no anticipado del paciente, en un error médico y/o en una lesión relacionada con el paciente, y se convierte en víctima en el sentido de que el proveedor está traumatizado por el evento”. Los profesionales que se han visto en esta situación saben muy bien que se experimenta una reacción emocional negativa que impide o dificulta desempeñar con suficiente destreza la labor asistencial, que provoca un sentimiento de culpa o de incapacidad que puede, en casos más extremos, conducir a decisiones drásticas como abandonar la profesión.

Estudiar la respuesta de los profesionales tras un incidente y el número de profesionales implicados en este proceso es el siguiente paso necesario en la investigación en seguridad del paciente. Sin embargo, determinar la prevalencia de segunda víctima (SV) es complejo; en España se ha realizado un estudio multicéntrico que mostró que el 72% de los sanitarios que participaron en la encuesta se sentían SV⁽⁵⁾, sin encontrar datos específicos para los SU, especialmente los SUP. El objetivo principal de este estudio fue determinar el número de profesionales sanitarios de los SUP que en algún momento estuvieron involucrados en un EA y analizar su impacto emocional, así como los cambios que supuso en su práctica clínica. Los objetivos secundarios fueron evaluar el conocimiento y participación en el programa de capacitación en seguridad y en el programa de apoyo a SV, y las opciones de apoyo recibidas y deseadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo mediante encuestas en un hospital materno-infantil de tercer nivel con una media de 110.000 visitas anuales en el SUP. La institución tiene un Programa de Capacitación en Seguridad y un Programa de Apoyo a SV. En febrero de 2022, se envió un correo electrónico a los 180 profesionales del SUP (77 médicos y 103 enfermeros/técnicos auxiliares de enfermería) invitándolos a participar en el estudio. Quienes accedieron a participar respondieron la encuesta de forma anónima utilizando la plataforma Google Forms® siguiendo las recomendaciones de la guía *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES). La encuesta (Anexo 1) se estructuró en seis secciones:

1. Datos sociodemográficos y profesionales.
2. Cultura de seguridad del paciente.
3. Experiencia previa con un EA los últimos 5 años.
4. Impacto psicológico y físico de un EA en el individuo involucrado.
5. Apoyo recibido y cambios posteriores en la práctica clínica diaria.
6. Tipo de soporte deseado.

El primer apartado se creó *ad-hoc* para recopilar datos sobre las diferentes variables (sexo, edad, etc.). El segundo se basó en el Proyecto Nacional Español sobre SV^(6,7) y evaluó el conocimiento sobre la seguridad del paciente.

Los apartados 4-6 se extrajeron del cuestionario SVEST⁽⁸⁾ validado en español. El SVEST consta de 29 ítems agrupados en 9 subescalas: 7 dimensiones y 2 variables de resultados (intenciones de rotación y absentismo). De las dimensiones, 3 miden el trauma de la SV (angustia psicológica, angustia física, impacto en la autoeficacia profesional) y 4, las fuentes de apoyo (colega, supervisores, institucional, apoyo no relacionado con el trabajo). La respuesta indica el grado de acuerdo con cada ítem (escala Likert: 1= muy en desacuerdo, 5= muy de acuerdo). Los ítems SVEST se valoraron de acuerdo con el estudio de Burlison *et al.*⁽⁹⁾. Para cada encuestado, la media de los ítems específicos de cada dimensión o variable de resultado se definió después de convertir las respuestas de los ítems redactados al revés (cuyo enunciado implicaba que, a más puntuación, menos experiencia de SV, por ejemplo el apoyo percibido); se calcularon las puntuaciones medias para los encuestados que respondieron más del 50% de los elementos específicos de esa dimensión o variable de resultado⁽⁹⁾. Utilizando las puntuaciones medias de cada encuestado, se calcularon la media general y la desviación estándar para cada dimensión y variable de resultado, y se identificó el número y porcentaje de encuestados con una puntuación media de 4 o más. La última parte de la encuesta incluía 7 elementos adicionales que evaluaban las opciones de apoyo deseadas después de la participación en un EA. Cada opción se calificó en una escala de Likert de 1 a 5 (1= poco deseada, 5= muy deseada), donde una respuesta de 4 o 5 indicaba que se deseaba la opción de apoyo.

El estudio fue aprobado como proyecto de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

RESULTADOS

Se obtuvieron sesenta y siete (37,2%) respuestas (tasa de respuesta del personal médico 61,0%; tasa de respuesta del personal de enfermería 19,4%). Treinta y tres (49,3%) eran menores a 30 años, 28 (41,8%) 30-50 años y los seis (9%) restantes > 50 años. Cincuenta y cinco (82,1%) eran del sexo femenino, 47 (70,2%) eran médicos y 39 (58,2%) tenían ≤ 10 años de experiencia profesional. En cuanto a la cultura de seguridad, 42 encuestados (62,7%) conocían y participaban en el programa de capacitación en seguridad y 28 (41,8%) el programa de apoyo a SV. Treinta y cinco (52,2%) participantes se habían visto involucrados en un EA en los últimos 5 años. La Tabla 1 muestra los resultados para las variables dimensiones, resultados y opciones de apoyo deseadas del SVEST.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, la mitad de los profesionales que participaron en la encuesta habían estado involucrados en un EA, lo que supuso un malestar emocional significativo y potencialmente afectó a su práctica clínica diaria. Esto fue

TABLA 1. Resultados de las diferentes dimensiones y resultados y de las formas de apoyo deseadas (n= 35).

Dimensiones y resultados SVEST ¹	Núm. (%) con media \geq 4 puntos	Media (DE)
Dimensiones²		
Sufrimiento psicológico	0/35 (0%)	2,6 (0,5)
Sufrimiento físico	4/35 (11,4%)	2,4 (1,1)
Apoyo de los compañeros de trabajo	0/35 (0%)	2,3 (0,5)
Apoyo del supervisor	1/35 (2,9%)	2,2 (0,6)
Apoyo institucional	6/31 (19,4%)	2,7 (0,8)
Apoyo no relacionado con el trabajo	2/34 (5,9%)	1,9 (0,7)
Autoeficacia profesional	15/34 (44,1%)	3,3 (1,2)
Resultados³		
Intención de cambio de trabajo	6/34 (17,6%)	2,5 (1,0)
Absentismo	1/34 (2,9%)	1,6 (0,8)
Formas de apoyo deseadas⁴		
Deseado, n (%)		
Posibilidad de irme de la unidad un corto periodo de tiempo	15/34 (44,1%)	3,2 (1,2)
Lugar tranquilo para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos	25/34 (73,5%)	3,7 (1,0)
Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido	29/35 (82,9%)	4,0 (0,7)
Programa de ayuda y asistencia al empleado	29/35 (82,9%)	4,1 (0,9)
Conversación con mi superior/supervisor sobre el incidente	27/34 (79,4%)	4,0 (0,7)
La oportunidad de programar una cita con un/a terapeuta en mi Hospital para comentar el evento	25/34 (73,5%)	3,9 (0,9)
Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome	19/34 (55,9%)	3,6 (1,1)

SVEST: *Second Victim Experience and Support Tool*.

¹La puntuación del encuestado para cada dimensión o resultado se definió como la media de 2 a 4 ítems, cada uno calificado en una escala de 5 puntos (1= totalmente en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo). Se presentan los resultados de los encuestados que respondieron más del 50% de los ítems para una dimensión o resultado específico (p. ej., \geq 3 de 4 ítems, \geq 2 de 3 ítems o ambos de 2 ítems).

²Una puntuación más alta para cada dimensión específica representa experimentar más angustia psicológica, física, disminución de la autoeficacia profesional y una mayor percepción de apoyo inadecuado.

³Una puntuación más alta representa más intenciones de cambio de trabajo y más absentismo.

⁴Cada opción de apoyo se calificó en una escala Likert de 1 a 5, donde una respuesta de 4 o 5 representaba la opción de apoyo deseada.

debido a que una proporción importante reportó una pérdida de confianza en sus competencias profesionales. La mayoría eran jóvenes y con pocos años de experiencia laboral en el SUP. Este perfil profesional es consistente con los resultados de otras encuestas^(10,11), exceptuando el perfil profesional (la mayoría de los participantes eran enfermeras). En nuestra muestra un número significativo de los encuestados eran médicos en formación, quienes *a priori* están más interesados en participar en este tipo de estudios⁽¹¹⁾. Destacamos la baja tasa de respuesta de profesionales más experimentados, *a priori* con más cargo de responsabilidad en la organización y más implicados en la seguridad del paciente, pudiéndose deber a la falta de motivación y al desgaste profesional, que en ocasiones hace que participen menos en trabajos de estas características.

La mitad de los encuestados se había visto implicado en un EA, cuyo impacto se manifestó principalmente en una disminución de la autoeficacia profesional (sentimientos de incompetencia), apoyo institucional inadecuado, malestar psicológico y una mayor intención de cambiar de trabajo. Estos hallazgos concuerdan con otros estudios realizados tanto en nuestro medio como en otros ámbitos, y aun siendo una experiencia subjetiva, los eventos traumáticos se viven

de manera similar independientemente del entorno, personalidad, condiciones de trabajo, o factores ambientales⁽¹²⁾. Es importante además del malestar psicológico ampliamente estudiado, la valoración de otras dimensiones como el sufrimiento físico y la pérdida de autoeficacia profesional, que pueden verse igualmente afectadas y deben ser tenidas en cuenta en el abordaje de las SV⁽¹³⁾.

Al analizar los ítems sobre las opciones de apoyo deseadas, los encuestados consideraron más importante contar con un programa de apoyo SV. Hay que tener en cuenta que alrededor del 40% de los 65 encuestados no conocía el programa de formación y notificación de EA (incluido en el plan de seguridad del centro) y el 60% desconocía el programa de apoyo a la SV existente en el Hospital centro del estudio. Dado que se ha encontrado una correlación negativa entre el apoyo percibido y las consecuencias psicológicas y laborales para la SV^(10,12), es fundamental una mayor difusión del programa para mejorar la adherencia y la participación de los profesionales. No obstante, independientemente de la adecuación de los programas de apoyo a la SV, debe señalarse que la primera barrera a superar es la reticencia para pedir ayuda⁽¹⁴⁾. Es necesario cambiar la cultura de seguridad, con una actitud proactiva hacia los profesionales involucrados

en un EA. Además, la formación en primeros auxilios psicológicos es necesaria para reducir las consecuencias del EA en el profesional sanitario⁽¹⁵⁾.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran las inherentes a los estudios basados en encuestas y el hecho de que se realizó en un hospital de tercer nivel con una alta tasa de participantes en formación, lo que puede dificultar la extrapolación de nuestros hallazgos.

En conclusión, la mitad de los encuestados han podido sufrir las consecuencias de verse implicados en un EA. Muchos de los profesionales afectados pierden la confianza en sí mismos sintiéndose deprimidos e ineficaces en el desempeño de su trabajo, han considerado cambiar de trabajo, y les gustaría tener más apoyo institucional y de los compañeros. En consecuencia, se debe enfatizar esta necesidad de apoyo a las SV, siendo fundamental invertir en recursos de apoyo y difundir los programas a todos los profesionales de la institución. Es de esperar que el impacto positivo de estas medidas beneficie al profesional, a la institución y a los propios pacientes, quienes son el foco principal de nuestra atención.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo recibió una beca Accésit JORDI POU de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez-Díez C, Real-Campaña JM, Noya-Castro MC, Andrés-Paricio F, Reyes Abad-Sazatornil M, Bienvenido Povar-Marco J. Errores de medicación en un servicio de urgencias hospitalario: estudio de situación para mejorar la seguridad de los pacientes. *Emergencias*. 2017; 29(6): 412-5.
- Beteta Fernández D, Pérez Cánovas, Alcaraz Martínez J. Incidentes ligados a la asistencia en los Servicios de Urgencias Pediátricas. Estudio multicéntrico. *Emerg Pediatr*. 2022; 1(2): 119-20.
- Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000; 320(7237): 726-7.
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18(5): 325-30.
- Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 151.
- Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano M, Iglesias-Alonso F, et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Rev Calid Asist*. 2016; 31 Suppl 2: 3-10.
- Cuestionario para profesionales de hospitales. Proyecto de investigación de segundas y terceras víctimas. Disponible en: https://www.segundavictimas.es/data/documentos/PROFESIONALES_HOSPITAL.pdf.
- Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2021; 31(6): 334-43.
- Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *J Patient Saf*. 2017; 13(2): 93-102.
- Finney RE, Czinski S, Fjerstad K, Arteaga GM, Weaver AL, Riggan KA, et al. Evaluation of a Second Victim Peer Support Program on Perceptions of Second Victim Experiences and Supportive Resources in Pediatric Clinical Specialties Using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Pediatr Nurs*. 2021; 61: 312-7.
- Magaldi M, Perdomo JM, López-Baamonde M, Chanzá M, Sanchez D, Gomar C. Second victim phenomenon in a surgical area: online survey. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2021; 68(9): 504-12.
- Santana-Domínguez I, González-De La Torre H, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Suárez-Sánchez JJ, Martín-Martínez A. Feelings of being a second victim among Spanish midwives and obstetricians. *Nurs Open*. 2022; 9(5): 2356-69.
- Torbenson VE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Finney RE, Allyse MA, et al. Second Victim Experience among OBGYN Trainees: What Is Their Desired Form of Support? *South Med J*. 2021; 114(4): 218-22.
- Mallea Salazar F, Ibaceta Reinoso I, Vejar Reyes C. Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *J Healthc Qual Res*. 2022; 37(2): 117-24.
- Finney RE, Jacob A, Johnson J, Messner H, Pulos B, Sviggum H. Implementation of a Second Victim Peer Support Program in a Large Anesthesia Department. *AANA J*. 2021; 89(3): 235-44.

ANEXO 1. Encuesta sobre las Segundas Víctimas.

Datos sociodemográficos
(edad, sexo, categoría profesional, experiencia profesional, turno)

Con respecto a los últimos 5 años, señale la respuesta que refleje mejor su experiencia personal

Puntúe según la escala:

1: Totalmente en desacuerdo; 2: Desacuerdo; 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo

En mi hospital...

1. Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente que actúa a distintos niveles: sensibilización y formación específica (talleres o cursos).
2. Contamos con un sistema anónimo de notificación de incidentes y eventos adversos (EA) que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.
3. Cuando se detecta un evento adverso (EA) con consecuencias graves para un paciente, se analizan siempre sus causas y cómo evitarlo en el futuro (aprendemos de la experiencia de forma sistemática).
4. La mayoría de los EA que conozco se deben a fallos de la organización y no a errores humanos.
5. La mayoría de los EA con consecuencias graves se pueden evitar.
6. Los profesionales que se ven involucrados en un EA cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por el Hospital para reducir el impacto que sufren como segunda víctima.
7. He recibido formación de cómo debo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.
8. Cuando se produce un error clínico que alcanza al paciente siempre se informa a él o a su familia.
9. Informar a los pacientes de EA que no tienen repercusión relevante en su tratamiento ocasiona alarmas innecesarias.
10. Informar a un paciente de un EA puede provocar una reacción muy negativa que afecte a su relación posterior con los profesionales que le atienden.
11. Cuando se produce un EA grave, el profesional involucrado recibe apoyo del propio equipo.

¿Has tenido algún incidente de seguridad? Sí / No

Sobre la experiencia de las segundas víctimas tras haber sufrido EA y medios de apoyo

Puntúe según la escala:

1: Totalmente en desacuerdo; 2: Desacuerdo; 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo

- 1.1. He experimentado vergüenza por estos casos.
- 1.2. Mi participación en este tipo de casos ha hecho que tenga miedo a incidentes futuros.
- 1.3. Mis experiencias me han hecho sentir triste.
- 1.4. Me siento profundamente arrepentido por haber estado involucrado en este evento.
- 2.1. La carga mental que me produce la experiencia vivida es agotadora.
- 2.2. Mi experiencia en estos sucesos me ha ocasionado problemas con el sueño.
- 2.3. El estrés de estas situaciones me hace sentir náuseas o mareos.
- 2.4. Pensar en estas situaciones hace que se me quite el apetito.
- 3.1. Agradezco los intentos de mis compañeros de trabajo de consolarme, pero sus esfuerzos pueden venir en un momento equivocado.
- 3.2. Hablar de lo sucedido con mis compañeros de trabajo me proporciona sensación de alivio.
- 3.3. Mis compañeros/as pueden ser indiferentes al impacto que estas situaciones han tenido en mí.
- 3.4. Mis compañeros de trabajo me han ayudado a sentir que sigo siendo un buen profesional sanitario a pesar de los errores.
- 4.1. Siento que mi supervisor me trata de manera apropiada tras estos acontecimientos.
- 4.2. Las respuestas de mi supervisor son justas.
- 4.3. Mi supervisor culpa a las personas del equipo cuando ocurren estos casos.
- 4.4. Siento que, al evaluar estas situaciones, mi supervisor tiene en cuenta la complejidad de las prácticas de atención al paciente.
- 5.1. Mi institución comprende que quienes están involucrados en estos casos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver cualquier consecuencia que pueda tener sobre los profesionales sanitarios.
- 5.2. Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de mi participación en estos casos.
- 5.3. El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en estas situaciones no es muy fuerte en mi institución.
- 6.1. Busco apoyo emocional en amigos y familiares cercanos tras sucederme alguna de estas situaciones.
- 6.2. El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos sucesos.

.../...

ANEXO 1 (Cont.). Encuesta sobre las Segundas Víctimas.

- 7.1. Tras mi implicación en alguno de estos eventos, he experimentado sentimientos de incompetencia con relación a mis habilidades para la asistencia y cuidado de los pacientes.
- 7.2. La experiencia vivida hace que me pregunte si realmente soy un buen profesional sanitario.
- 7.3. Después de estas experiencias, he tenido miedo a intentar procedimientos difíciles o de alto riesgo.
- 7.4. Estas situaciones no hacen que me cuestione mis habilidades profesionales.
- 8.1. Mi experiencia con estos casos me ha hecho tener deseos de ocupar un puesto de trabajo fuera de la atención al paciente.
- 8.2. A veces, el estrés de estar involucrado en estas situaciones me hace querer dejar mi trabajo.
- 9.1. La experiencia vivida con un evento adverso o error médico me ha llevado a tomarme un día libre para mi salud mental y poder recuperarme.
- 9.2. Me he tomado unos días libres después de que ocurriera alguno de estos casos.
- 10.1. La posibilidad de irme de mi Unidad durante un corto periodo de tiempo.
- 10.2. Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras este tipo de eventos.
- 10.3. Un compañero respetado con el que comentar los detalles de lo sucedido.
- 10.4. Un programa de ayuda y asistencia al empleado que puede proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del ámbito de trabajo.
- 10.5. Una conversación con mi superior o supervisor sobre el incidente.
- 10.6. La oportunidad de programar una cita con un terapeuta en mi Hospital para comentar el evento.
- 10.7. Disponer de forma confidencial de un contacto las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.