



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**El perdón a uno mismo en errores cometidos por
profesionales sanitarios**

Autor/a: Paula Visedo Colino

Director/a: María Prieto Ursúa

Madrid

2022/2023

Resumen

Los seres humanos cometemos errores, somos falibles e imperfectos. Esta realidad universal e inherente a cada uno de nosotros entra en conflicto con el principio básico de toda profesión sanitaria: el cuidado y la búsqueda del bienestar de las personas. El objetivo de este trabajo es presentar una revisión del concepto de error sanitario, así como su prevalencia (siendo la cuarta causa de muerte en Estados Unidos), impacto y consecuencias emocionales en el profesional (enfermero/a y/o médico/a, llegando a denominarse “segundas víctimas” por los síntomas ansiosos y depresivos que pueden presentar). Por otro lado, se hace una revisión y descripción exhaustiva del proceso de perdón a uno mismo, un campo de investigación reciente que trata de promover el bienestar o salud integral y el crecimiento de las personas tras cometer un error o agresión (en el que prevalecen emociones de difícil gestión como la vergüenza y la culpa), y en el que prima la asunción de responsabilidad sobre lo sucedido y la restauración del daño cometido. Se considera relevante, por tanto, unir ambos campos de estudio, proponiendo así la aplicación del proceso del perdón a uno mismo en la gestión interna del error sanitario. Se sugieren cuatro fases o etapas para lograr alcanzar el perdón a uno mismo: Contacto con las emociones; aceptación de la responsabilidad sobre lo sucedido; reparación del otro y reparación de uno mismo, y, finalmente la renovación o transformación.

Palabras clave: Error sanitario; gestión emocional; profesional sanitario; perdón a uno mismo.

Abstract

Human beings make mistakes; we are fallible and imperfect. This universal reality, inherent to each one of us, conflicts with the basic principle of every health profession: the care and search for the well-being of people. The aim of this work is to present a review of the concept of health error, as well as its prevalence (being the fourth cause of death in the USA), impact and emotional consequences on the professional (even being called "second victims" due to the anxious and depressive symptoms they may present). On the other hand, there is an exhaustive review and description of the process of self-forgiveness, a recent field of research that seeks to promote the well-being or integral health and growth of people after committing a mistake or aggression (in which emotions of difficult management such as shame and guilt prevail), and in which the assumption of responsibility for what happened and the restoration of the damage committed is considered relevant. Therefore, to unite both fields of study, the application of the process of self-forgiveness in the internal management of the health error is proposed. Four phases or stages are suggested to achieve self-forgiveness: contact with emotions; acceptance of responsibility for what happened; repairing the other and repairing oneself, and finally, renewal or transformation.

Key words: Health error; emotional management; health professional; self-forgiveness.

Índice

Introducción	5
Justificación teórica	5
Objetivos y Preguntas de Investigación	7
Marco Teórico	8
El Error en la profesión sanitaria	8
Introducción al concepto de error	8
Causas del error	11
Consecuencias personales y profesionales del error (positivas y negativas)	12
Gestión del error (personal y profesional)	13
El Perdón a uno mismo	17
Introducción	17
Definición del proceso de Perdón VS “Falso – Perdón”	18
Reparación al otro y Reparación de uno mismo	21
Fases del proceso de perdón	22
Posible aplicación del proceso de perdón a uno mismo en la gestión del error sanitario	24
Introducción y Contextualización	24
Enfoque o Mirada Contextual	25
Aplicación práctica	27
Conclusiones	32

Introducción

Justificación teórica

Son diversos los estudios que sostienen el profundo impacto mental y emocional que supone para los profesionales sanitarios (auxiliares de enfermería, enfermeros/as y médicos/as) cometer un error. A este malestar se añade la ausencia o falta de educación y aprendizaje de estrategias/habilidades de gestión emocional. Inevitablemente, esto converge con el altísimo grado de responsabilidad que se tiene como profesional sanitario sobre los pacientes, en un momento de importante fragilidad y vulnerabilidad para estos. Por tanto, podría decirse que el error cometido entra en conflicto directo con uno de los principios clave en estas profesiones: el cuidado y la búsqueda de salud de las personas (Cheragi et al., 2013).

El acto de cometer un error conlleva, por lo general, experimentar una serie de emociones negativas que son desagradables aunque no necesariamente patológicas, como la culpa y/o la vergüenza. Algunos autores denominan a los profesionales sanitarios que han cometido un error “segundas víctimas” (Scott et al., 2009), ya que también sufren las consecuencias del error, llegando incluso a considerarse una experiencia traumática para estos por la sintomatología que presentan (Rassin et al., 2009). Destacan episodios de ansiedad y depresión, e incluso se encuentran casos de personas que terminan dejando la profesión y llegando, en un extremo, a quitarse la vida (Robertson y Long, 2018).

Por el contrario, dicho error puede ser leído también de manera más positiva, adaptativa y/o sana y despertar emociones y conductas como la determinación y el aumento de la capacidad de atención al detalle y la concentración (entre otras); todo ello facilitando un estado de alerta óptimo para responder a las demandas que se vayan presentando (Spence, 2001).

Vemos por lo tanto que el error puede ser gestionado de distintas formas, tanto externa como internamente, por lo que uno de los objetivos del trabajo será explicar, a través de una sólida base teórica, qué ocurre a nivel interno o emocional cuando se comete un error o agresión y cómo, de alguna manera, tratamos de defendernos (de manera similar

al sistema inmunológico, que nos protege ante las amenazas) ante la amenaza que supone ese error, protegiendo así nuestro autoconcepto o identidad, tanto personal como profesional (Wenzel y Woodyatt, 2008). Por otro lado, se tratará de explicar qué estrategias son las más adecuadas para afrontar emocionalmente el error, tratando de redirigir esa culpa y/o vergüenza (que no necesariamente son inadecuadas, siempre y cuando no se perpetúen en el tiempo) para que sean lo menos perjudiciales posible. Todo esto sustentado y vinculado con la Teoría de la Desconexión Moral de Albert Bandura (Bandura, 1999) y la Teoría de la Disonancia Cognitiva de Leon Festinger (1957).

Una de las posibles estrategias para afrontar los errores cometidos es el perdón a uno mismo o perdón intrapersonal. El perdón como proceso inter e intrapersonal se encuentra estrechamente vinculado con una buena salud física (Da Silva et al., 2016) y emocional/psicológica (David et al., 2015). En este trabajo se intentará hacer una revisión exhaustiva de los conceptos y procesos relacionados con el perdón, y especialmente con el perdón a uno mismo, así como las variables relacionadas con este, siendo una de ellas el grado de apoyo social o sentimiento de pertenencia (Wenzel y Woodyatt, 2014). El sufrimiento en silencio es habitual entre los profesionales sanitarios que han cometido un error, lo que perjudica mucho los procesos de perdón a uno mismo (Delbanco y Bell, 2007). Otro de los factores más perjudiciales sería, desde una perspectiva más macro-social, la cultura que prioriza el individualismo y el perfeccionismo (Robertson y Long, 2018).

Además, relacionado con lo previamente expuesto con las teorías mencionadas, se intentará establecer las diferencias entre el perdón a uno mismo “genuino” y el “pseudo-perdón”, teniendo como variable mediadora fundamental la diferencia entre la toma de consciencia y responsabilidad sobre el error realizado, no minimizándolo ni quitándole importancia (Wenzel et al., 2012). Es decir, se trata de promover la consecución de un equilibrio sano sin llegar a los extremos de la culpa y vergüenza que nos inmovilizan y paralizan, ni a la inconsciencia o evitación que buscan minimizar la responsabilidad.

Este trabajo nace con el objetivo de intentar que las personas encuentren la paz y/o reconciliación consigo mismos y su identidad como profesionales sanitarios, tras un suceso profundamente doloroso como es el acto de cometer un error, así como facilitar

herramientas que permitan a la persona hacerle frente de la mejor manera posible. Se tratará de hacer un trabajo creativo en el que se pueda integrar todo el conocimiento obtenido hasta el momento acerca de la psicología del perdón a uno mismo y lo investigado en torno a los errores cometidos por profesionales sanitarios, enlazando ambos campos de estudio.

Objetivos y Preguntas de Investigación

Uno de los primeros objetivos de este trabajo es la exposición de los tipos de errores sanitarios en función de su gravedad, así como los errores más habituales. Se tratará de hacer una descripción del proceso de gestión habitual a nivel externo (o administrativo/burocrático) e interno y las consecuencias personales y profesionales que los errores pueden suponer para el sanitario.

Por otro lado, se elaborará una descripción de lo estudiado hasta el momento del proceso de perdón a uno mismo, mencionando las variables relevantes que afectan a este proceso y sus posibles beneficios.

Finalmente, tratando de unir ambos campos de investigación, se tratará de proponer la aplicación del proceso de perdón a uno mismo al campo de los errores cometidos por profesionales sanitarios. Además, se insistirá en la importancia de la enseñanza en la gestión de las emociones derivadas del acto de cometer un error, como la culpa y la vergüenza.

Algunas de las preguntas de investigación giran en torno a las estadísticas de los errores cometidos por profesionales sanitarios, a qué suelen deberse (cuáles son las causas) y si son prevenibles.

Por otro lado, adentrándonos un poco más en el ámbito de la psicología, nos preguntamos por aquellas variables o rasgos de personalidad que influyen en la gestión emocional (a nivel interno) tras cometer un error. Al hilo de lo anterior, nos preguntamos por la posible existencia de diferencias en el proceso de gestión emocional (a nivel interno) entre los diferentes profesionales sanitarios (auxiliares de enfermería, enfermeros/as y médicos/as).

Finalmente, y para terminar con otro campo de investigación, nos preguntamos si el perdón de otro o perdón interpersonal (en este caso el/los pacientes y/o el/los familiares) es o no un facilitador para el proceso de perdón a uno mismo y de qué depende.

Marco Teórico

El Error en la profesión sanitaria

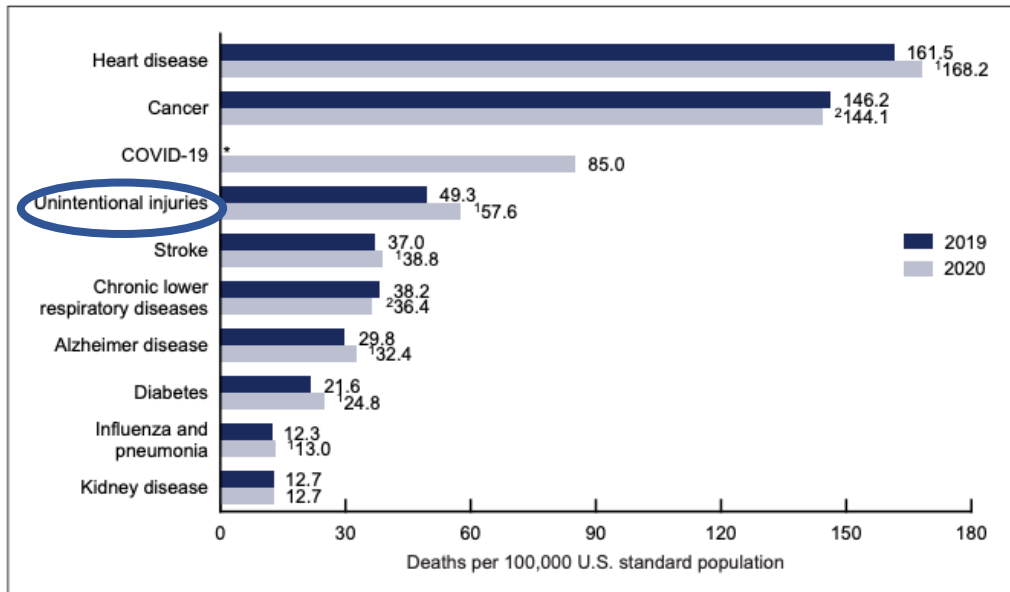
Introducción al concepto de error

Para tratar de contextualizar el error, se considera importante comenzar con la definición de 'error'. La Real Academia Española define un error, en primer lugar, como "concepto equivocado o juicio falso", así como "acción desacertada o equivocada" (RAE, s.f.). Leape lo define como un acto inintencionado, ya sea por omisión o comisión, en el que el resultado o las consecuencias derivadas de este no son las esperadas (Leape, 1994).

Para ir tratando de afinar más con el tema que nos ocupa, Reason, en 1990, define el error sanitario como un fallo en la planificación o acción para que esta pueda ser completada de la manera en la que se tenía en mente (error de ejecución) o por el uso de un plan inadecuado para conseguir algo (error en la planificación). Este mismo autor, en 2001, hace una actualización de la definición diciendo que se trata de una desviación en el proceso de cuidado, que puede causar o no daño en el paciente (Reason, 2001, como se citó en Grober et al, 2005).

Los errores médicos se encuadran dentro de la cuarta causa de muerte en Estados Unidos. Las cinco principales causas de muerte en el 2020 son las siguientes (US Centers for Disease Control and Prevention, 2020):

1. Enfermedades cardiovasculares.
2. Enfermedades oncológicas/cáncer.
3. COVID-19.
4. Accidentes/errores inintencionados.
5. Accidentes cerebrovasculares (ictus).



* COVID-19 became an official cause of death in 2020; rates for 2019 are not applicable.
¹Statistically significant increase in age-adjusted death rate from 2019 to 2020 ($p < 0.05$).
²Statistically significant decrease in age-adjusted death rate from 2019 to 2020 ($p < 0.05$).
 NOTES: A total of 3,383,729 resident deaths were registered in the United States in 2020. The 10 leading causes of death accounted for 74.1% of all deaths in the United States in 2020. Causes of death are ranked according to number of deaths. Rankings for 2019 data are not shown. Data table for Figure 4 includes the number of deaths for leading causes and the percentage of total deaths. Access data table for Figure 4 at: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db427-tables.pdf#4>.
 SOURCE: National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, Mortality.

Figura 1. *Causas de muerte por grupo de edad en Estados Unidos (2019-2020).*

Tomado de Murphy, et al., (2020).

Un estudio calcula un total aproximado de 250.000 muertes al año en Estados Unidos a causa de errores médicos, representando un 9,5% del total de muertes anuales (US Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

Cometer errores forma parte de la naturaleza humana, caracterizada, entre otras cosas, por su imperfección. Esta realidad irrefutable entra en conflicto de manera frecuente con uno de los ideales de la cultura occidental y de la sociedad que vamos construyendo: la perfección (Robertson y Long, 2018). Esta cultura de la perfección y la competitividad, prevalente sobre todo en sociedades occidentales, es una barrera, entre otras muchas cosas, para el desarrollo y bienestar de los estudiantes de profesiones sanitarias. Perjudica enormemente el aprendizaje y la solicitud de ayuda, puesto que las personas sienten que deben ser perfectas y tener todas las capacidades para salir adelante solos, llevando a las personas a un agotamiento que puede desencadenar en el “síndrome del quemado” (Yanes, 2017).

Por otro lado, esta cultura de la perfección va de la mano de una emoción catalogada como negativa, la culpa, relacionada también con el individualismo tan presente en

nuestras sociedades (Robertson y Long, 2018), combinación que hace que sea contraproducente confesar un error. El error suele ser visto como una anomalía, incompetencia y/o negligencia y hace que la persona que lo comete, con frecuencia, tenga miedo a las represalias (Jones, 2012).

Unido a esto, podemos ver cómo en las diferentes escuelas de formación de profesionales sanitarios, se hace especial énfasis o hincapié en este valor, transmitiéndose mensajes como “los errores son inaceptables” (Leape, 1994). A su vez, se habla de las consecuencias derivadas de cometer un error, y se menciona la capacidad que este puede tener para “estropear” o perjudicar de manera notable la carrera de un profesional, siendo este otro de los motivos por los cuales no siempre los errores son informados. A pesar de que la perfección es un ideal o valor implícito en las profesiones sanitarias, las personas reconocen que equivocarse es inevitable (Leape, 1994).

Esto tiene como resultado que muchos profesionales sanitarios acaben viendo el error como un fallo personal o de carácter, atribuyéndolo a características internas de su conducta o personalidad (locus de control interno) en lugar de considerarlo algo consustancial a su naturaleza humana, de verlo como algo que no siempre se puede evitar (Leape, 1994).

Florence Nightingale, personaje fundamental en el ámbito sanitario y referente para muchos profesionales, incide de manera notable en uno de los principios claves para todo profesional sanitario: “Primero, no dañar” (Leape, 1994).

Probablemente todo profesional sanitario (auxiliar de enfermería, enfermero/a, médico/a, etc) ha entrado en contacto con la realidad de cometer un error. En primer lugar, a nivel teórico durante su formación como profesionales. Como se ha mencionado previamente, se incide mucho en las consecuencias derivadas de cometer un error y la grandísima responsabilidad presente en el ejercicio de estas profesiones, y, posteriormente, en su práctica profesional.

Hilfiker (1984) hace una observación valiosa en la que comenta lo expuesto previamente, haciendo una relación interesante respecto a la utilización del lenguaje. Puede observarse cómo la palabra ‘mala praxis’ lleva de manera implícita y/o subyacente el hecho de que la persona está cometiendo algo con mayor gravedad o

envergadura que un error “natural” (errar es humano y forma parte de nuestra imperfección), asociando, por tanto, esa mala praxis, a la culpa, emoción sobre la que se incidirá más adelante (Berlinger, 2005, p. 16).

Causas del error

Desde el punto de vista de los profesionales de enfermería, los motivos subyacentes por los cuales se cometen errores incluyen los siguientes: alta carga de trabajo; ambiente de trabajo sobre-estimulante (con mucha gente, ruido luz, etc); cansancio (turnos de trabajo largos y con un ratio enfermera-paciente ínfimo/insuficiente); distracciones y alta demanda; falta de apoyo adecuado; descuido; necesidad constante de actualización, etc (Cheragi et al., 2013).

Otros estudios sostienen como posible hipótesis la falta de conocimientos relacionados con la farmacología y el manejo de medicación (O’Shea, 1999). Gran porcentaje de los errores sanitarios se centran en la administración de medicación, una práctica presente en prácticamente todos los pacientes y/o usuarios atendidos e ingresados en el hospital. En concreto, el fallo principal deriva de administrar una dosis inadecuada (en cantidad y/o ritmo de infusión) (Cheragi et al., 2013).

Diferentes estudios mencionan porcentajes de error en enfermeros/as en torno al 60-70%, la mayor parte de ellos asociados a errores de medicación (Cheragi et al., 2013).

En el gráfico que se expone a continuación (Imagen 1), se representa la distribución de los errores por parte de los profesionales de enfermería en relación con la administración de la medicación.

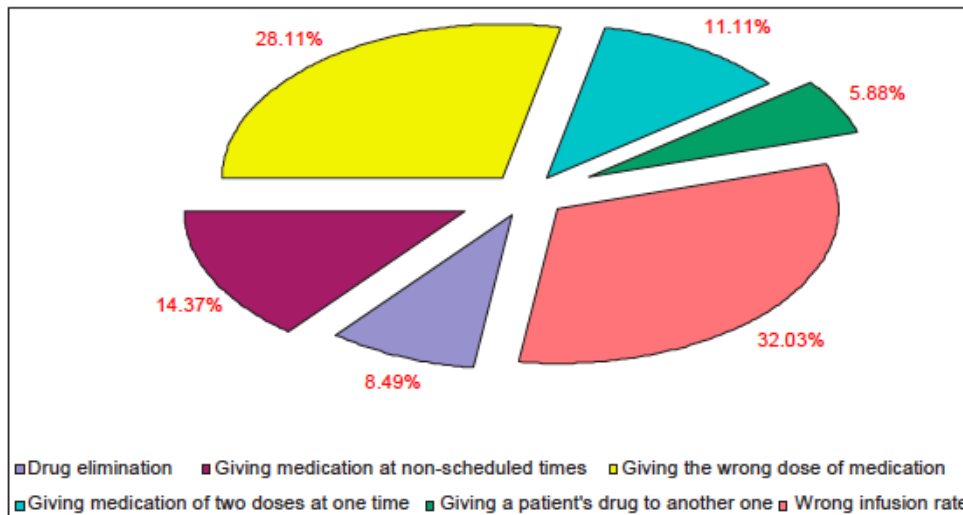


Imagen 1. *Distribución de los errores cometidos por profesionales de enfermería.*
Tomado de Cheragi et al. (2013)

En cuanto a los errores cometidos por parte de los profesionales de la medicina (médicos), destacar los siguientes: errores a la hora de establecer un diagnóstico; errores de medicación (fallo a la hora de tener en cuenta las alergias o intolerancias del paciente, malas combinaciones de medicamentos, sin tener en cuenta las posibles interacciones adversas, y pautas de medicaciones inadecuadas), no monitorización de pacientes que lo necesitan; alta prematura; fallo a la hora de readmitir a un paciente que ha empeorado tras ser dado de alta; error en la realización de una técnica o procedimiento concreto, etc (Christensen et al., 1992).

Consecuencias personales y profesionales del error (positivas y negativas)

El Dr. Albert Wu, en el año 2000 propuso el término “segundas víctimas” para referirse a aquellos profesionales sanitarios que han cometido un error. Cometer un error suele ir ligado a una falta de comprensión y/o simpatía por los compañeros, así como una tendencia a culpar a la persona en lugar de tener en cuenta las circunstancias y que sea visto/a como un profesional incompetente. Todo esto resulta en una herida emocional que afecta al ámbito personal y profesional (Jones et al., 2012).

Scott y otros autores, en el año 2009, definen a las “segundas víctimas” como aquellos profesionales de la salud que tienen relación directa con un resultado aversivo inesperado en el paciente, por un error sanitario y/o una herida en este, llegando a sufrir un trauma emocional por lo sucedido. De manera frecuente, los profesionales se sienten

personalmente responsables de lo sucedido. Muchos de ellos sienten que han fallado al paciente, llegando a dudar mucho de sus habilidades como profesionales y su base de conocimiento (Jones et al., 2012).

Algunas de las consecuencias derivadas de convertirse en “segunda víctima” son las siguientes (Jones et al., 2012):

- Dolor y trauma emocional de naturaleza abrumadora y angustiada, que, además, puede prolongarse durante mucho tiempo.
- Sentimientos de culpa y/o vergüenza, no siempre ligado a un daño directo en el paciente.
- Trastorno por estrés postraumático con síntomas como *flashbacks*, pesadillas, sentimientos relacionados con la ansiedad y depresión, nervios, e incapacidad para perdonarse a uno mismo.
- Aislamiento de compañeros de profesión y personas significativas, como amigos y familia.
- Sentimientos de falta de control e impotencia.

La variable fundamental que afecta a las consecuencias del error es la gravedad de lo sucedido. Son numerosos los estudios que sostienen que la mayor parte de errores sanitarios no tienen repercusiones en los pacientes ni en sus familiares, pasando normalmente desapercibidos (Christensen et al., 1992).

La calidad de la relación sanitario-paciente es otra de las variables relacionadas. Si la relación es de naturaleza cercana e íntima, la intensidad emocional y estrés derivado de la agresión serán mayores (Harrison et al., 2015).

Gestión del error (personal y profesional)

La comunicación del error no es algo que se produzca de manera habitual, aunque se han demostrado sus beneficios en el proceso interno tras cometer un error. En un estudio llevado a cabo por A W Wu y sus colegas se pudo ver cómo solo la mitad de los casos de errores médicos son comunicados a otros profesionales sanitarios (compañeros de profesión), y solo en un 25% de las ocasiones este error es comunicado a los familiares y/o pacientes involucrados (Wu, et al., 1991). A pesar de que se

encuentren numerosos manuales con protocolos en los que se explica de manera detallada cómo comunicar los errores, esta es una práctica que no se lleva a cabo de manera habitual (Wu et al., 1997).

Algunos de los motivos o cuestiones relacionadas con esta “cultura del silencio” (Firth-Cozens, et al., 2004) en cuanto al error sanitario son los siguientes (Firth-Cozens et al, 2004):

- Dificultad para establecer qué errores deben ser comunicados y cuáles no, así como dificultad para confrontar la realidad de haber cometido un error.
- Duración del contrato laboral: Algunos trabajadores mencionan cómo el hecho de que vayan a dejar de trabajar pronto en el hospital hace que el problema deje de ser algo suyo.
- Carga de trabajo: Los errores “triviales” o de menor magnitud suelen ser ignorados por la carga de trabajo involucrada.
- Miedo.
- Cultura de la culpa y ausencia de anonimato.
- Cultura médica. Incluyendo, por ejemplo, una dificultad para desafiar a otros compañeros, especialmente a aquellos que estén “por encima” o falta de adherencia a procedimientos relacionados con la seguridad (especialmente en los médicos con una larga trayectoria profesional).
- Incertidumbre.
- Apatía resultante de una idea presente en la mayor parte de profesionales sanitarios que se resume en la dificultad para cambiar las cosas, a pesar de presentar numerosos intentos.

Estos mismos autores realizaron una investigación cualitativa tratando de profundizar en qué podría animarlos a comunicar los errores, qué cosas podrían facilitar este proceso, y algunas de ellas son las siguientes: Mejorar el liderazgo; tratar a los estudiantes sanitarios como profesionales para que puedan aprender de manera más eficaz a actuar en estas ocasiones; crear un espacio o lugar de encuentro en el que se produzca una comunicación y discusión sobre los errores individuales y sistémicos; cambio cultural (clarificar qué es un error reportable, promover apoyo y comprensión hacia aquellas personas que cometen errores y hablar del error en los procesos de

aprendizaje); discreción en los procedimientos, etc (Firth-Cozens et al, 2004; Pijl et al, 2015).

Sería profundamente beneficioso tratar de producir un cambio cultural en el que tengamos una mentalidad abierta y justa, un enfoque y mirada más compasiva, para que los profesionales sanitarios sientan libertad y confianza suficiente para comunicar sus errores, que estos sean vistos como parte del aprendizaje en lugar de como un crimen (Firth-Cozens et al, 2004). Se ha visto cómo un apoyo de calidad, de naturaleza amorosa y compasiva, ayuda a que la transición de la experiencia del error sea más productiva, rápida y menos traumática (Pijl et al, 2015).

“It is a crime. I’m not sure why or how it gets translated that way, but it is. Medicine has always had this very high ethical standard and to fail that standard is to be guilty. There’s some anonymous court that’s been set up someplace – I mean Osler or God or somewhere at Massachussets General Hospital – and you’ve been convicted and tried at the same time” (A physician reflecting on his mistakes, Christensen, et al., 1992)

Gestión emocional

El proceso de gestión interna a la hora de cometer un error varía en función de la profesión sanitaria (se encuentran diferencias entre médicos/as y enfermeros/as), y, especialmente, dependerá de la persona y de su naturaleza y características de personalidad (Harrison et al., 2015). Algunas de las variables o factores relacionados con el estrés emocional tras cometer un error son las creencias previas y el perfeccionismo (Christensen et al., 1992).

Al ser las enfermeras las responsables últimas en la administración de la medicación (si, por ejemplo, el médico/a ha realizado mal la pauta, el profesional de enfermería debe darse cuenta y corregirlo), suelen sentir emociones negativas con mayor facilidad. Alrededor del 90% del total de profesionales sanitarios, incluyendo administradores y farmacéuticos, así como el 96% de profesionales de enfermería, consideran que el rol principal en el cuidado del paciente y su seguridad es del enfermero/a (Jones, 2012).

Por el contrario, los profesionales de la medicina tienden a evitar la reflexión derivada del error, e incluso pueden llegar a ignorar y negar un error, o pedir a compañeros que le ayuden a cubrirlo. Todo esto se asocia a que los médicos/as suelen priorizar la lealtad a su profesión y la retención de los pacientes. Teniendo esto en cuenta, puede entenderse que el proceso interno será distinto (Harrison et al., 2015).

En un primer momento es probable que la persona, a nivel cognitivo, sea incapaz de procesar lo sucedido e incluso no pueda hacer una descripción clara y lineal de la situación (Berlinger, 2015, p. 13). Una vez pasa un tiempo, lo habitual es que aparezcan emociones relacionadas con la ansiedad, estrés, culpa y/o vergüenza, entre otras (Berlinger, 2015).

Se han sugerido cuatro posibles estrategias a la hora de gestionar (*to cope*) un error (Harrison et al., 2015):

- 1- Abordaje/afrentamiento: Pensar y actuar de la manera que la persona cree que puede “solventarse” el error o, en caso contrario, prevenirlo para futuras ocasiones.
- 2- Evitación: Pensamientos y conductas relacionadas con ignorar la existencia del acontecimiento estresante, y las emociones derivadas de este. Por ejemplo, no reportar el error para así evitar tener que enfrentarse a él.
- 3- Regulación emocional: Pensamientos y conductas relacionadas con lo que la persona cree que puede ayudarle a gestionar las emociones consecuentes derivadas del acontecimiento estresante. Por ejemplo, hablar con un terapeuta sobre cómo se siente tras haber cometido un error.
- 4- Reevaluación: Pensamientos y conductas relacionadas con tomar otras posibles direcciones e interpretaciones del significado de cometer un error. Por ejemplo, tratar de detectar puntos de aprendizaje o ir a la raíz, analizando qué ha podido pasar.

El Perdón a uno mismo

*"It's important to forgive."
"Why do you have the most difficult time forgiving?"
"Myself." (Humans of New York - April, 2014)*

Introducción

Tratando de recapitular lo expuesto previamente, para así poder introducir el tema que nos ocupa (auto-perdón o perdón a uno mismo), a continuación se profundizará un poco más en las consecuencias mencionadas de cometer un error, así como el malestar interno post-ofensa (signos y síntomas de lo que hemos denominado "segundas víctimas") y las posibles reacciones ante ese malestar.

Excluyendo las personas con patologías de la personalidad severas (como la psicopatía), la mayor parte de las personas sienten culpa cuando actúan de manera equivocada o cometen un error/transgresión (Luengo y Carrillo, 2008). Esa culpa, en muchas ocasiones (no siempre y dependerá de la persona), deriva en profundos sentimientos de vergüenza. Esto sucede porque, en ocasiones, la persona deja de centrarse en el acto y pasa a focalizarse en su persona (como totalidad), como si el fallo, en lugar de estar en una conducta o comportamiento concreto y específico, estuviera en sí mismo (Woodyatt et al, 2017). Es decir, la persona, en lugar de decirse a sí mismo/a "has cometido un error, has hecho algo mal", poniendo y centrando el foco en la conducta, se dicen a sí mismos algo así como "eres defectuoso", olvidando y dejando de lado todas aquellas cosas que le definen y centrándose en una conducta o comportamiento puntual.

Esa culpa y esa vergüenza no necesariamente son patológicas (si no se llevan al extremo), como toda emoción tienen su función y están ahí para algo. Algunos investigadores sostienen que el reconocimiento de la vergüenza es uno de los factores clave a la hora de procesar una transgresión y que se asocia a la aceptación de la responsabilidad. Por el contrario, aquellas personas que no manifiestan vergüenza tienen más tendencia a repetir la ofensa/transgresión (Cibich et al., 2016).

El problema, por tanto, lo encontramos cuando su gestión no es la adecuada y, en lugar de derivar en algo constructivo y en un avance o crecimiento, desencadena en una tendencia hacia la autocrítica y autocastigo.

Además de lo mencionado previamente, las agresiones cometidas pueden “fracturar” o romper algunas de nuestras asunciones o ideas básicas del mundo y de nosotros mismos, necesarias para un psiquismo sano. Algunas de estas ideas son la del mundo como un lugar bueno y predecible (el mundo como un lugar justo), la identidad social moral (el vernos a nosotros mismos como personas buenas y “apropiadas” o adecuadas para formar parte del mundo social) así como nuestro sentido de agencia (entendido como la capacidad de actuar, tomar la iniciativa y tener influencia en nuestra propia vida) (Woodyatt et al, 2017).

Por todo lo expuesto previamente, las personas poseemos una serie de mecanismos o reacciones habituales y automáticas que “se ponen en marcha” cuando cometemos una agresión. Woodyatt y Wenzel (2013) introducen el concepto de “sistema inmune psicológico” para hacer referencia al conjunto de procesos complejos e inconscientes que trabajan para protegernos ante la realidad de nuestras propias acciones, con el objetivo de reducir el estrés emocional resultante de la amenaza asociada tras cometer una agresión. Junto al sistema inmune psicológico, se pueden poner en marcha una serie de mecanismos de defensa (o estrategias cognitivas de afrontamiento de la ansiedad de origen interno o externo), como la racionalización, la justificación y la minimización, así como un proceso de desconexión moral.

Todos estos mecanismos pueden darse y son adaptativos en numerosas situaciones, pero cuando hacen referencia al procesamiento de transgresiones puede ser problemático, ya que, aunque a corto plazo tratan de protegernos, manteniendo nuestra auto-imagen, a largo plazo dificultan los procesos de perdón a uno mismo, ya que impiden, entre otras cosas, la asunción de responsabilidad (elemento clave y fundamental de este proceso).

Definición del proceso de Perdón VS “Falso – Perdón”

A pesar de ser un tema de gran interés académico y científico, el perdón a uno mismo es un concepto y campo de investigación relativamente reciente. El origen de su estudio

se remonta hacia la mitad de los años 90, comenzando con artículos de corte filosófico o existencialista/religioso. Además, el estudio del perdón comenzó con el perdón interpersonal o por parte del otro (víctima), siendo, por tanto, el perdón a uno mismo un concepto reciente y que todavía está en investigación (Woodyatt et al., 2017).

Robert Enright, pionero del estudio del perdón, define el auto-perdón o perdón a uno mismo como la disposición o voluntad al abandono del auto-resentimiento tras haber cometido un acto equivocado, tratando de cultivar y fomentar la auto-compasión, la generosidad y el amor hacia uno mismo (Enright, 1996). El proceso de perdón a uno mismo o auto-perdón genuino necesita de una atenuación de la unión entre la responsabilidad y la aceptación, entendiéndolo como una transformación de los motivos a través de los cuales el ofensor reduce su motivación de castigarse y aumenta su auto-aceptación (Wenzel et al., 2012).

La diferencia fundamental entre el proceso de perdón a uno mismo genuino y el pseudo-perdón radica en la aceptación de la responsabilidad sobre lo sucedido. Son numerosas las investigaciones que afirman que esta no es nuestra tendencia natural, sino que es fruto de un trabajo profundo, por lo comentado previamente (Woodyatt y Wenzel, 2013).

El resultado de ambos procesos (auto-perdón genuino y pseudo-perdón) es muy similar: los ofensores sienten cierta satisfacción consigo mismos y cesan las conductas y comportamientos de autocastigo. Sin embargo, el proceso que lleva a esos resultados no es el mismo y, ética y psicológicamente hablando, el pseudo-perdón no es del todo beneficioso porque no produce la restauración/reparación de uno mismo (agresor) ni del otro (víctima), dando lugar a implicaciones negativas en ambas dimensiones del perdón (Woodyatt y Wenzel, 2013). No solo eso sino que, además, fomenta la repetición de la conducta “errónea” (Wenzel et al., 2012). Además, se encuentran investigaciones que afirman que en el pseudo-perdón los agresores no experimentan empatía por sus víctimas, al contrario que en el auto-perdón genuino (Woodyatt y Wenzel, 2013).

Tras el reconocimiento del error, por tanto, nos encontramos dos posibles reacciones que dificultan el proceso de perdón a uno mismo. La primera es el pseudo-perdón a uno

mismo, caracterizado por una especie de “ceguera” a nuestros errores y que conlleva cierto nivel de negación (con lo expuesto previamente en cuanto a la respuesta inmune psicológica y la desconexión moral), eludiendo así toda responsabilidad (necesaria para el perdón a uno mismo genuino). El ofensor parece haberse perdonado a sí mismo, ya que expresa una ausencia de actitudes de auto-castigo, pero “debajo” de estas actitudes aparentemente “benevolentes” hay una negación de la culpa y responsabilidad, pudiendo incluso denigrar o desacreditar a la víctima (Woodyatt y Wenzel, 2013).

Algunos autores conceptualizan esta reacción como una “estrategia de afrontamiento centrada en la emoción”, ya que el ofensor intenta minimizar su respuesta emocional ante la ofensa intentando cambiar sus emociones acerca de lo sucedido (Folkman et al., 1986; Nes y Segerstrom, 2006; Taylor y Stanton, 2007). Esta reacción se relaciona negativamente con la restauración interpersonal, que se explicará más adelante (Woodyatt y Wenzel, 2013).

La segunda posible reacción que dificulta el proceso del perdón a uno mismo genuino es la “auto-condenación” o el “auto-castigo”, en el que se produce una auto-condena muy pronunciada, en la que la persona (no de manera voluntaria) se centra en sí misma, olvidando así a la víctima y su proceso. En la reacción anterior veíamos una tendencia hacia la externalización de la vergüenza, y en este caso vemos una internalización de esta (Woodyatt y Wenzel, 2013).

En ella predominan emociones como la culpa y la vergüenza con una intensidad excesivamente elevada, no sabiendo gestionarlas de manera adaptativa o adecuada. La persona tiene un deseo fuerte de castigarse a sí misma. Hay evidencia en la literatura que sugiere que esta clase de respuesta está asociada con la evitación, un enfoque egocéntrico y resultados relacionales negativos (Woodyatt y Wenzel, 2013). Algunos autores conceptualizan esta reacción como una “estrategia de afrontamiento basada en la evitación de la emoción”, ya que la persona experimenta las emociones pero es incapaz de gestionarlas, derivando en una supresión de estas a través de la evitación (Folkman et al., 1986; Nes y Segerstrom, 2006; Taylor y Stanton, 2007).

Al contrario que en el pseudo-perdón, aquí sí que habría una aceptación de la responsabilidad (quizá excesiva), a lo que se une un proceso emocional interno complejo

que hace que la persona tienda a un castigo y culpa muy pronunciadas, paralizando ese proceso de perdón a uno mismo genuino (Woodyatt y Wenzel, 2013).

Reparación al otro y Reparación de uno mismo

“We can never obtain peace in the outer world until we make peace with ourselves”
Dalai Lama, XIV.

La reparación al otro (reparación interpersonal) y la reparación de uno mismo (intrapersonal) son dimensiones u objetivos estrechamente relacionadas con el perdón a uno mismo.

La reparación interpersonal hace referencia a la posibilidad de ofrecer a la víctima la oportunidad de reparar su identidad moral dañada y atender sus necesidades psicológicas tras la ofensa (Woodyatt y Wenzel, 2013). Algunos de los aspectos a trabajar en la reparación interpersonal serían la sensación de pérdida de poder, de honor, autoestima y control percibido, así como los sentimientos de enfado/ira y victimización (Shnabel y Nadler, 2008).

La reparación intrapersonal se vincula con esa experiencia subjetiva de amenaza hacia su identidad que experimenta el ofensor y la necesidad de reparación de la identidad moral, es decir, ser aceptado como una persona buena, percibida como tal y válida para formar parte de una comunidad con unos valores morales (Shnabel y Nadler, 2008). Para ello, uno de los caminos o posibilidades es la afirmación de aquellos valores específicos que han sido violados, fomentando así el desarrollo de una identidad moral coherente e integrada (Woodyatt y Wenzel, 2013).

La disposición hacia la restauración o reparación interpersonal, es decir, la que se dirige al otro (víctima), se suele evaluar con la orientación empática. Esta dimensión está subdividida en dos categorías: Por un lado la empatía cognitiva o racional, también catalogada como “mentalización” (entender, de manera racional y/o mental, qué puede sentir el otro) y la empatía emocional (consiste en experimentar o sentir simpatía por las emociones que la persona puede estar experimentando relacionadas con el daño provocado) (Woodyatt y Wenzel, 2013).

El proceso de restauración o reparación intrapersonal se vincula con la reconstrucción de la autoestima y los sentimientos positivos hacia uno mismo. En la mayor parte de procesos terapéuticos relacionados con el perdón a uno mismo, se utiliza la escala de Rosenberg (1989) para evaluar esta dimensión (Woodyatt y Wenzel, 2013).

Fases del proceso de perdón

El proceso de perdón a uno mismo no es algo pasivo ni instantáneo, requiere de una decisión y consiste en un trabajo activo que se basa en un largo y difícil proceso de reconciliación entre los sentimientos de culpa y vergüenza y el sentido positivo de uno mismo (Wenzel et al., 2012).

En un primer momento es habitual que las personas no se sientan, emocionalmente hablando, preparadas para perdonar(se), pero a nivel cognitivo o racional tienen la esperanza de que será beneficioso y les ayudará a estar mejor y reducir la sintomatología ansiosa y/o depresiva. Es un proceso lleno de ambivalencia y de momentos difíciles, y no es algo de “todo o nada” ni de naturaleza perfecta, admite gradaciones y, además, varía entre las personas (Kim et al., 2021).

El objetivo clave del proceso de auto-perdón es entender, confrontar y llegar a reducir y eliminar la ira y el enfado hacia uno mismo. Además, para lograr un bienestar interno o psicológico más completo e integral, el perdón a uno mismo debe contemplar la restauración o reparación del otro, de la persona que ha sido dañado por las acciones del agresor. Es decir, el perdón a uno mismo no debe olvidar a la víctima, la ofensa y, si la situación lo requiere, la comunidad que ha sido dañada por los errores o transgresiones cometidas (Woodyatt y Wenzel, 2013).

Para ello, será necesario contactar con esas emociones, algo complejo (por los mecanismos expuestos previamente) y profundamente doloroso.

En la tabla que se presenta a continuación se trata de hacer una integración de las diferentes fases propuestas por diferentes autores expertos en el campo de la psicología del perdón a uno mismo (Cornish y Wade, 2015; Woodyatt y Wenzel, 2013).

PROCESO DE PERDÓN A UNO MISMO - FASES	
Reconocimiento del error/transgresión y daño causado	Identificación y toma de consciencia del daño causado resultado del error/transgresión. Mirada objetiva hacia lo sucedido. Es habitual que aparezcan emociones como la culpa y el remordimiento, propulsores del cambio y la reparación (Woodyatt y Wenzel, 2013).
Toma de responsabilidad sobre lo sucedido	Tras la experimentación de las emociones mencionadas, la persona, idealmente, debe tomar responsabilidad sobre lo sucedido y sus consecuencias, evitando la minimización/externalización (pseudo-perdón) o maximización/internalización de esta (autocastigo o autocondena), favoreciendo así el perdón a uno mismo genuino (Woodyatt y Wenzel, 2013).
Remordimiento	Como se ha mencionado previamente, el remordimiento es una de las emociones habituales en el proceso, así como la culpa y el arrepentimiento... estas emociones deben ser expresadas y manifestadas. El objetivo de esta fase es fomentar la empatía hacia uno mismo, entendiéndolo como un "auto-regalo altruista" (Cornish et al., 2017).
Reparación/restauración	El terapeuta ayudará al paciente a restaurar su sentido del <i>self</i> a través de comportamientos reparativos y un re-compromiso con los valores personales violados (Cornish y Wade, 2015).
Renovación o transformación	Resultado materializado una transformación o reemplazo de emociones negativas como la auto-crítica hacia actitudes de auto-respeto, auto-compasión y aceptación hacia uno mismo, logrando un crecimiento tras lo sucedido. Promoción del desarrollo de una autoimagen renovada que incorpora los errores del pasado y los integra en la nueva dirección que quiera tomar la persona (visión de futuro) (Cornish y Wade, 2015).

Tabla 1. Fases en el proceso de perdón a uno mismo. Elaboración propia. Adaptado y traducido de: Woodyatt y Wenzel, 2013; Cornish y Wade, 2015.

En la imagen que se presenta a continuación (Imagen 2), se trata de representar de manera gráfica los posibles caminos/vías tras cometer una agresión o error, en función de la atribución de responsabilidad, así como las emociones derivadas de esta.

En base a esto, el proceso de perdón a uno mismo será el adaptativo o no (perdón a uno mismo genuino VS pseudo-perdón y auto-condenación), y la conducta o comportamiento inadecuado(s) tenderán (o no) a perpetuarse.

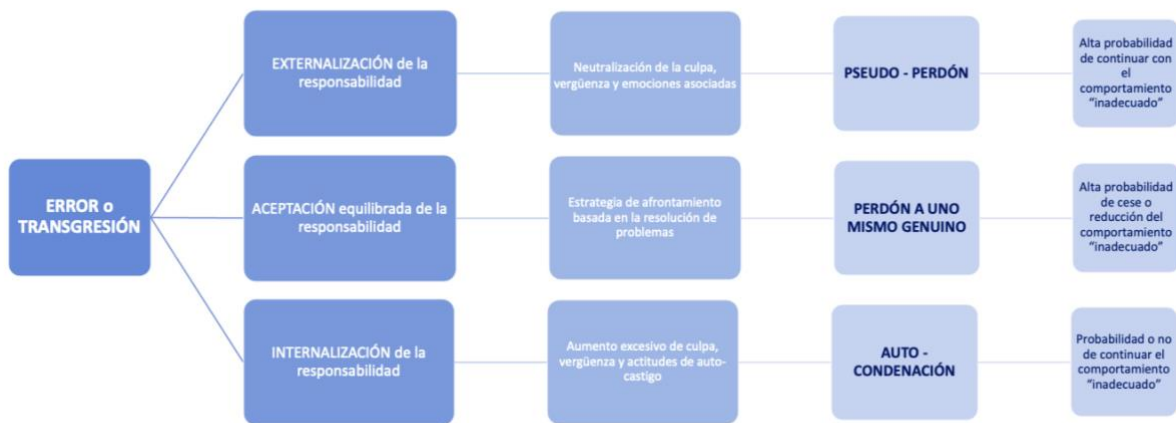


Imagen 2. Mapa conceptual/ruta de camino tras cometer una agresión. Elaboración propia. Adaptado y traducido de Cornish y Wade (2015) y Woodyatt y Wenzel (2013).

Posible aplicación del proceso de perdón a uno mismo en la gestión del error sanitario

Introducción y Contextualización

A la luz de la teoría expuesta anteriormente, en este último apartado se tratará de integrar y unificar ambos campos de estudio e investigación para proponer una posible aplicación del proceso de perdón a uno mismo en la gestión del error sanitario.

Se comenzará desde un enfoque o mirada de naturaleza “macro” o contextual, exponiendo las limitaciones culturales y ofreciendo posibles estrategias de afrontamiento o, al menos, un “intento de”, para finalmente tratar de llegar a lo concreto y al detalle: la aplicación práctica y los posibles pasos a seguir desde que un

sanitario comete un error (de mayor o menor envergadura) hasta que consigue perdonarse a sí mismo.

Para ello y por último, cabe mencionar la generosidad de profesionales sanitarios que han compartido un pequeño testimonio relacionado con errores cometidos por ellos mismos. Estos testimonios se encuentran en los anexos del trabajo, y han permitido alejarnos de la abstracción de esta realidad, pudiendo mirarla desde otro prisma, contactando con la realidad del día a día de muchos de ellos. Desde aquí, gracias.

Enfoque o Mirada Contextual

Como se ha mencionado en apartados anteriores, las personas que formamos parte del mundo o sociedad occidental estamos inmersos en una cultura caracterizada, entre otras cosas, por la competitividad, el individualismo y el anhelo o deseo de perfección (algo inalcanzable, puesto que nuestra naturaleza es imperfecta y falible).

Aunque no es objetivo de este trabajo elaborar una crítica de las características inherentes al mundo en el que vivimos, sí que se propone una reflexión que nos haga tomar consciencia de las desventajas de esta forma de vivir, y que, de manera indirecta, nos perjudican a todos.

Aplicándolo al error sanitario, son diversos y numerosos los testimonios de estudiantes y profesionales sanitarios que mencionan cómo sienten una gran presión implícita y/o subyacente por parte de la sociedad y diversas instituciones desde que empiezan a formarse para convertirse en sanitarios (enfermeros/as y médicos/as). En las diferentes escuelas y universidades se transmite de manera habitual el peligro y las consecuencias de cometer errores, al ser un trabajo directo con vidas humanas en un estado de vulnerabilidad importante, tratando de fomentar la prudencia y el respeto como uno de los valores clave para ser un buen profesional. Esto, aunque es beneficioso y tiene sentido (cuidar a las personas y su dignidad en su fragilidad debe ser una máxima en los profesionales sanitarios), puede tener una lectura o interpretación “menos buena” haciendo que los diferentes profesionales o futuros profesionales tengan miedo al error (en lugar de verlo como una parte necesaria del aprendizaje). Esto puede hacer que se paralicen o sientan un miedo “excesivo” ante la oportunidad de aplicar una técnica o práctica concreta, perjudicando su desempeño futuro. Unido a esto, son habituales las

narrativas sociales (y con la pandemia del COVID-19 han incrementado exponencialmente) en las que los profesionales sanitarios son vistos como héroes y heroínas o “ángeles”, atribuyéndoles, en el imaginario social, características que sobrepasan lo humano. No debemos olvidar el profundo impacto del lenguaje y la forma de hablar y hablarnos en nuestra forma de ser y en nuestra manera de comportarnos y de interpretar y ver el mundo.

Por lo expuesto previamente, desde este trabajo se propone un cuestionamiento de las ideas transmitidas a los estudiantes y profesionales, un intento de aprender a mirarse como personas imperfectas (que lo harán siempre lo mejor que puedan y ese debe ser su objetivo), y, sobre todo, personas dignas de ser amadas, cuidadas y perdonadas. Se propone un intento de focalizar nuestra mirada en la persona y no en su actuación o comportamiento “erróneo” o “fallido”, contemplando el error como una oportunidad de aprendizaje y no como un fracaso personal.

Cabe mencionar también que los seres humanos somos seres relacionales (aunque el individualismo nos caracterice como sociedad y en ocasiones nos neguemos a aceptar nuestra naturaleza interdependiente). Son muchos los académicos, investigadores y clínicos que muestran cómo aprendemos a mirarnos según cómo nos han mirado y cómo nos miran los demás (comenzando por nuestras figuras de referencia y, a medida que crecemos, prologándolo a las diferentes personas de nuestro entorno y sociedad).

El perdón a uno mismo del que se hablará más adelante sólo será posible si tenemos una mirada auto-compasiva y amorosa con nosotros mismos, y ser mirados de esta manera por los demás (desde nuestro entorno más próximo hasta la sociedad en general) facilitará mucho el proceso, haciéndolo más sencillo, “amable” y un camino más fácilmente transitable. La compasión, además, es una posible vía para “romper” o una manera de contrastar con los ideales de poder y competitividad que caracterizan a nuestra sociedad, entendida como una forma de cuidado que trata de ser sensible al sufrimiento de los demás unido a un compromiso de prevenir y aliviar ese sufrimiento (Gilbert, 2017).

Aplicación práctica

En relación con lo comentado previamente, se concluye, por tanto, que cometer errores es inevitable, y es por ello por lo que se propone una forma de gestionarlo desde los conocimientos de la Psicología del Perdón. El esquema-resumen desde que se comete un error hasta que se termina el proceso, llegando a la aceptación y logrando un crecimiento personal sería el siguiente:

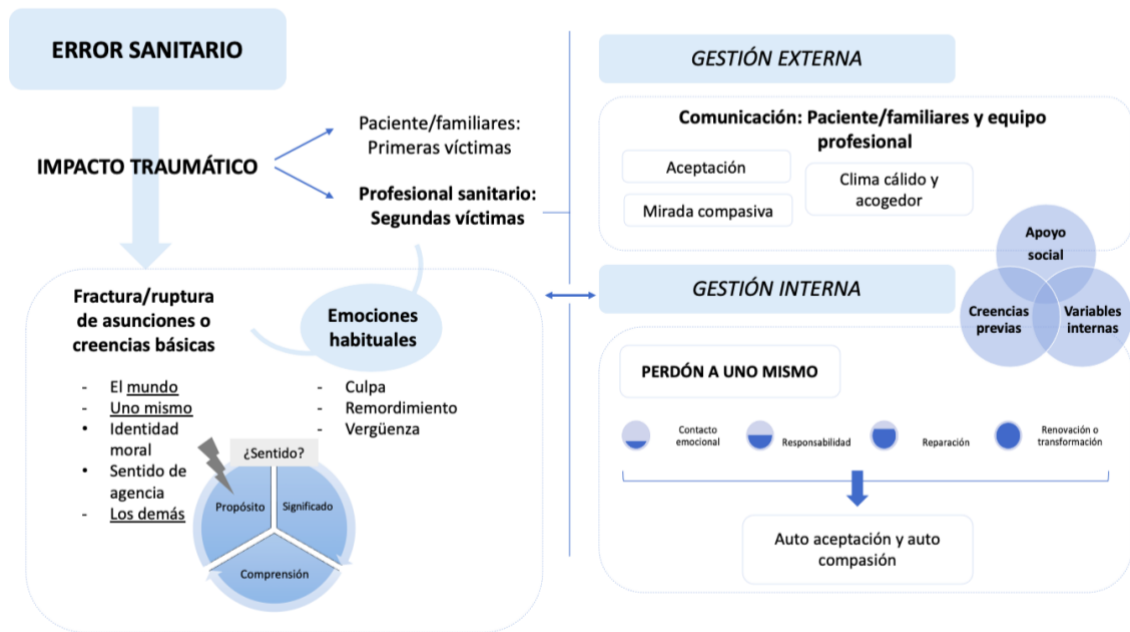


Imagen 3. Esquema-resumen de la aplicación del proceso de perdón a uno mismo en la gestión del error sanitario. Elaboración propia.

Como puede verse en el esquema de arriba (basado, entre otras cosas, en las aportaciones de Graham et al., 2017, al estudio del perdón a uno mismo), una vez acontecido el error o transgresión sanitaria, se va a producir un profundo impacto traumático en el profesional sanitario (“segunda víctima”), derivando en emociones como las mencionadas a lo largo del trabajo (culpa, remordimientos, vergüenza, etc).

Este impacto, entre otras cosas, conlleva fracturas o rupturas en asunciones, cuestiones e ideas profundas y trascendentales para la persona y su supervivencia, pudiendo, en ocasiones, hacer que se cuestione o que pierda el sentido último de las cosas y de la vida. Este, unido a otros, es uno de los síntomas característicos de ciertos trastornos

emocionales, como la depresión (habitual en profesionales sanitarios tras cometer un error).

Comenzando por la gestión externa, se recomienda que el sanitario comunique el error a la administración/institución para la que trabaje el profesional, ya que hay evidencias que confirman sus potenciales beneficios y ventajas. Para que esto suceda, la persona y profesional debe sentir que hay un clima cálido y de confianza, en el que se va a sentir cuidado y respaldado. Para ello, se recomienda previamente fomentar un espacio de trabajo en el que haya, entre otras cosas, lo que Rogers denominó “aceptación incondicional” (Carl Rogers, 1957). Se recomienda encarecidamente tratar de crear un contexto o entorno aceptador, en el que haya un sentimiento arraigado de pertenencia y seguridad relacional, en el que la persona se sienta lo más libre posible para comunicar, en caso de que se produzca, el error o transgresión cometida. Este contexto y/o entorno facilitarán la reparación de la vergüenza y la restauración interpersonal, permitiendo que el profesional logre perdonarse a sí mismo.

Todo lo contrario podría producirse si se crea un contexto y/o entorno de juicio, en el que la mirada está puesta en los fallos y en los errores, aspirando a un ideal de perfección inalcanzable, en el que, por tanto, habrá cierto estigma hacia el profesional por su error o transgresión... señalándole y victimizándole, haciendo que la persona, por tanto, no se sienta aceptada por cómo es. En un entorno con estas características la persona, en primer lugar, no sentirá libertad para comunicar su experiencia con el error. Además, se dificultará mucho el proceso de reparación y restauración previamente mencionados, y, por tanto, el perdón a uno mismo. En resumen, podría decirse que la respuesta del entorno (estigmatizante VS respetuosa y/o acogedora y aceptadora), influye de manera importante en el perdón a uno mismo y los procesos implicados en este proceso (Cibich et al., 2016).

La comunicación permite, además, generar un espacio en el que compartir, analizar, profundizar, así como recibir el “feedback” necesario por parte del equipo de profesionales y compañeros, algo que es beneficioso para todos y que puede ser una manera de prevenir o evitar errores de características similares a largo plazo, mejorando, además, la seguridad del paciente.

Una vez comunicado, e incluso antes de hacerlo, la persona internamente ya está viviendo un proceso (gestión interna) que será más o menos traumático en función de diferentes variables como las que se enumeran a continuación: Naturaleza y gravedad del error; respuesta por parte del entorno (compañeros, superiores y personas de confianza); características de personalidad (como la ansiedad rasgo/neuroticismo, materializada en tendencias hacia el auto-reproche y la culpa); experiencia previa relacionada con el error, etc.

Una vez establecido previamente un espacio seguro, desde el que poder profundizar en detalle y en el que la persona se sienta cuidada y protegida, puede continuar el proceso de elaboración del error y de perdón a uno mismo.

Se sugieren, en concreto, cuatro fases o pasos:

1. Contacto con las emociones derivadas del error sanitario (culpa, remordimientos, vergüenza...), no evitándolas ni minimizándolas, pero tampoco llegando al extremo de dejar que nos paralicen o inmovilicen.

El propósito sería facilitar un contacto constructivo con las emociones, permitiendo su expresión. Para ello, el contexto y/o la persona o personas encargada/s de gestionar el error deberán adoptar una mirada acogedora, cálida y compasiva... lo que facilitará la resolución de los siguientes pasos. El objetivo de esta fase sería que el profesional sanitario intente contactar con su proceso doloroso, dejando salir y exteriorizar lo que pueda estar sintiendo. El acompañante hará una pequeña labor docente y de enseñanza tratando de transmitirle que las emociones en sí mismas no son “buenas” ni “malas”, que la clave está en lo que decidamos hacer con ellas, trasladando la idea de que son un mensaje y que tienen su función.

La resolución adecuada de esta fase facilitará el perdón a uno mismo genuino, si, por el contrario, no se contacta con estas emociones (por evitación) o se contacta en exceso (autocastigo y/o autorreproche), el proceso derivaría en alguno de los falsos perdones expuestos previamente.

2. Aceptación de la responsabilidad sobre lo sucedido: Al igual que lo expuesto previamente, habría que tratar de evitar cualquiera de los dos extremos que derivarían en “falsos perdones” y se intentaría, por tanto, de fomentar un equilibrio razonable con la responsabilidad sobre lo sucedido. Para ello, al final de este paso sería recomendable exponer y comunicar a paciente y/o familiares lo sucedido, ponerlo en palabras, darle voz.

Comunicarlo de alguna manera “lo hace real” y permite tomar conciencia de la gravedad y/o el impacto de lo que ha sucedido, y también ver qué impacto ha podido tener en la persona o personas perjudicada(s). Comunicarlo nos permite salir de nosotros mismos y tomar conciencia de la realidad del otro.

Esto, además, facilita o disminuye la probabilidad de que el error o errores se repita(n), mejorando así la seguridad del paciente.

3. Reparación del otro y reparación de uno mismo: Ambas dimensiones del perdón van de la mano, y la consecución de la primera facilitará la consecución de la segunda. Tras una agresión se producen daños cognitivos y emocionales profundos relacionados, entre otras cosas, con ideas o creencias básicas que nos permiten funcionar de manera adaptativa y/o “sana”.

La reparación del otro funciona como elemento vertebrador del proceso de perdón a uno mismo, por lo que sería profundamente beneficioso tratar de fomentar que el profesional sanitario se acerque a la persona dañada, de la forma o manera en la que se considere beneficiosa y conveniente y siempre respetando al otro y su proceso. Se debe tener la mirada puesta en la víctima, en el daño y en el impacto de esta... no olvidando que es el principal afectado del error cometido. Debe, además, haber un intento de aliviar ese sufrimiento o malestar, ya sea de manera directa (transmitirle o pedirle disculpas ya sea de manera verbal o por escrito; tener una entrevista con ellos... por ejemplo) o de manera indirecta o vicaria (ayudar a otros, aliviar el sufrimiento de otros). La idea es que la persona intente reparar lo que ha dañado con sus acciones, transformando sus pensamientos y sentimientos en conductas concretas y

específicas, tomando consciencia del impacto y de las consecuencias de lo sucedido.

Con la reparación de uno mismo nos referimos a intentar devolver y devolvernos la capacidad y sensación de control y poder, la idea de los otros y de nosotros mismos como personas válidas y buenas, así como la idea del mundo como un lugar justo y predecible, entre otras cosas. En resumen, podríamos decir que la reparación tiene como objetivo o finalidad facilitar la sensación de congruencia o coherencia entre quienes creemos y queremos ser y quienes somos, así como la seguridad en el mundo.

4. Renovación/transformación: Una vez se hayan transitado las diferentes fases, el profesional sanitario logrará tener una visión de sí mismo como alguien valioso y con capacidades, fruto de unos sentimientos de auto-aceptación, auto-confianza y auto-compasión. Alguien que ha cometido un error, de menor o mayor envergadura, pero que ha sabido hacer algo con ello, elaborarlo y perdonarse por lo sucedido, evitando también que pueda volver a producirse.

Para que esto se produzca, la persona debe tomar consciencia de los valores personales que han sido violados y reconciliarse con ellos, facilitando la reconstrucción de su identidad moral dañada. Además, debe elaborar el error concreto, tratar de analizar y profundizar en detalle qué ha pasado y por qué, favoreciendo que no vuelva a producirse.

El objetivo final sería que la persona reconstruya su identidad profesional como una persona valiosa y responsable, “buena” o “adecuada”, reconciliándose internamente con lo que ha sido trasgredido.

Esta transformación permite a la persona volver a su “línea base de funcionamiento”, logrando obtener un aprendizaje de lo sucedido, lo que le otorga su naturaleza de “crecimiento”.

Conclusiones

Los diferentes estudios del error en profesionales sanitarios aluden a la necesidad de estudiar este complejo fenómeno en profundidad, para así tratar de, en primer lugar, reducir la prevalencia del error, así como prevenir el estrés emocional resultante. Ambas prevenciones serían beneficiosas no solo para pacientes, familiares y profesionales, sino que también serían beneficiosas para el hospital o clínica en cuestión.

Sin embargo, en la realización de este trabajo hemos encontrado dos dificultades: En primer lugar, aunque sí que se explora la gestión emocional interna por parte del profesional (quizá de manera algo superficial), son muy reducidos los estudios que proponen una forma adecuada de abordar esta realidad o estrategias/herramientas que puedan ser de utilidad. Por otro lado, estos estudios, además de ser muy reducidos en cantidad, proponen estrategias de afrontamiento muy generales, no vinculadas al error sanitario, sino que serían algo así como una adaptación de un error o transgresión no necesariamente sanitario. El error sanitario tiene unas características peculiares que lo diferencian de otro tipo de errores, y es por ello por lo que se cuestiona la utilidad de estas adaptaciones.

En cuanto al perdón a uno mismo, como ya se ha mencionado en apartados anteriores, es un campo relativamente reciente y de gran complejidad, y que está en progreso. En concreto, no se ha encontrado ningún estudio que haga referencia al proceso de perdón a uno mismo tras cometer un error como profesional sanitario, algo que se considera fundamental y que podría ser de gran utilidad para reducir el “malestar post-ofensa” (aunque no la única). Es por ello por lo que este trabajo representa una propuesta concreta, novedosa y original, fruto de la reflexión derivada de la integración de los diferentes artículos y libros leídos de ambos campos de estudio.

Referencias

- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 3(3), 193-209. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0303_3
- Berlinger, N. (2005). *After harm: Medical error and the ethics of forgiveness*. Johns Hopkins.
- Cheragi, M.A., Manoocheri, H., Mohammaednejad, E. & Ehsani, S.R. (2013). Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(3), 228-31.
- Cibich, M., Woodyatt, L. & Wenzel, M. (2016). Moving beyond "shame is bad": How a functional emotion can become problematic. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 471-483. <https://doi.org/10.1111/spc3.12263>
- Cornish, M.A. & Wade, N.G. (2015). A Therapeutic Model of Self-Forgiveness With Intervention Strategies For Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 93, 96-104. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00185.x>
- Christensen, J.F., Levinson, W. & Dunn, P.M. (1992). The Heart of Darkness: The Impact of Perceived Mistakes on Physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 7, 424-431. <https://doi.org/10.1007/BF02599161>
- Da Silva, S.P., VanOyen Witvliet, C. & Riek, B. (2016). Self-forgiveness and forgiveness-seeking in response to rumination: Cardiac and emotional responses of transgressors. *The Journal of Positive Psychology*, 12, 362-372. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1187200>
- Davis, E.D., Griffin, B.J., Hook, N.J., DeBlaere, C., Hoo, Y.M., Bell, C., Van Tongeren, D.R., Worthington E.L. & Westbrook, C.J. (2015). Forgiving the self and physical and mental health correlates: A meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 329-335. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000063>
- Delbanco, T. & Bell, S.K. (2007). Guilty, Afraid and Alone-Struggling with Medical Error. *New England Journal of Medicine*, 357(17), 1682-3. <https://doi.org/10.1056/NEJMp078104>
- Firth-Cozens, J., Redfern, N. & Moss, F. (2004). Confronting errors in patient care: the experiences of doctors and nurses. *Clinical Risk Management in Practice*, 10(5), 184-190. <https://doi.org/10.1258/1356262041591195>
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50,992-1003. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.5.992>
- Gilbert, P. (2017). Compassion as a social mentality. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, research and applications* (pp.31-68). Routledge.
- Graham, K.L., Morse, J.L., O'Donnell, M.B. & Steger, M.F. (2017). Repairing Meaning, Resolving Rumination, and Moving toward Self-Forgiveness. En L. Woodyatt, E.L. Worthington, M. Wenzel y B.J. Griffin. *Handbook of the Psychology of Self-Forgiveness* (pp. 59-72). Springer.

- Griffin, B.J., Worthington, E.L., Bell, C.M. & Davis, D.E. (2017). Self-Directed Intervention to Promote Self-Forgiveness. En: Woodyatt, L., Worthington, Jr., E, Wenzel, M., Griffin, B. (eds) Handbook of the Psychology of Self-Forgiveness. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-60573-9_15
- Harrison, R., Lawton, R., Perlo, J., Gardner, P., Armitage, G. & Shapiro, J. (2015). Emotion and coping in the aftermath of medical error: a cross-country exploration. *Journal of Patient Safety*, 11(1), 28-35. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182979b6f>
- Kim, J.J., Volk, F. & Enright, R.D. (2021). Validating the Enright Self-Forgiveness Inventory (ESFI). *Current Psychology*, 41, 7604-7617. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01248-4>
- Jones, J.H. & Treiber, L.A. (2012). When Nurses Become the "Second" Victim. *Nursing Forum*, 47(4), 286-91. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2012.00284.x>
- Leape, L. (1994). Error in Medicine. *JAMA*, 272(23), 1851-1857.
- Luengo, M.A. y Carrillo, M.T. (2008). La psicopatía. En *Manual de Psicopatología* (pp. 481-507). McGraw-Hill Interamericana de España.
- Murphy, S.L., Kochanek, K.D., Xu, J. & Arias, E. (2021). Mortality in the United States, 2020. *NCHS Data Brief*, 427, 2-7. <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:112079>
- Nes, L.S. & Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235-251.
- Pijl, M. & Williams, B. (2015). The Experience of Nursing Students Who Make Mistakes in Clinical. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 12(1), 65-73. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2014-0070>
- Real Academia Española. (s.f.). Reproducción. En *Diccionario de la lengua española* (edición de tricentenario). Consultado el 24 de noviembre de 2022. <https://dle.rae.es/error>
- Rassin, M., Kanti, T. & Silner, D. (2009). 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>
- Robertson, J.J. & Long, B. (2018). Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers. *The Journal of Emergency Medicine*, 54(4), 402-409. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.001>
- Scott, S.D., Hirschinger, L.E., Cox, K.R., McCoig, M., Brandt, J. & Hall, L.W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patients events. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 325-330. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
- Shnabel, N. & Nadler, A. (2008). A needs-based model for reconciliation: Satisfying the differential emotional needs of the victim and perpetrator as a key to promoting reconciliation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(1), 116-32. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.1.116>
- Spence, D. (2001). Uses of error: Knowledge gaps. *The Lancet*, 358(9297), 1934. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)06958-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06958-6)

- Taylor, S.E. & Stanton, A.L. (2007). Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
- Wenzel, M., Woodyatt, L. & Hedrick, K. (2012). No genuine self-forgiveness without accepting responsibility: Value reaffirmation as a key to maintaining positive self-regard. *European Journal of Social Psychology*, 42, 617-627. <https://doi.org/10.1002/ejsp.1873>
- Woodyatt, L. & Wenzel, M. (2014). A needs-based perspective on self-forgiveness: Addressing threat to moral identity as a means of encouraging interpersonal and intrapersonal restoration. *Journal of Experimental Social Psychology*, 50, 125-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2013.09.012>
- Woodyatt, L. & Wenzel, M. (2013). Self-Forgiveness and Restoration of an Offender Following an Interpersonal Transgression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32, 225-259. <https://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.2.225>
- Woodyatt, L. & Wenzel, M. (2013). The psychological immune response in the face of transgressions: Pseudo self-forgiveness and treat to belonging. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49, 951-958. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2013.05.016>
- Woodyatt, L., Worthington, E., Wenzel, M. & Griffin, B. (2017). *Handbook of the Psychology of Self-Forgiveness*. Springer.
- Wu, A.W., Folkman, S., McPhee, S.J. & Lo, B. (1991). Do house officers learn from their mistakes? *JAMA*, 265, 2089-94. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.3.221>
- Wu, A.W., Cavanaugh, T.A., McPhee, S.J., Lo, B. & Micco, G.P. (1997). To tell the truth: Ethical and Practical Issues in Disclosing Medical Mistakes to Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 12(12), 770-5. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.07163.x>
- Yanes, A.F. (2017). The Culture of Perfection: A Barrier to Medical Student Wellness and Development. *Academic Medicine*, 92(7), 900-901. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001752>

ANEXO I: TESTIMONIOS DE PROFESIONALES SANITARIOS

TESTIMONIO I – Médico residente de segundo año de Neumología

Estaba de guardia en consultas de Urgencias donde se supone que trían a pacientes leves-intermedios. Yo estaba terminando R2. A media tarde paso a un paciente de 79 años acompañado por su mujer y su hijo con una extensa lista de antecedentes patológicos de base que acude por dolor abdominal, vómitos y mal control tensional desde hacía dos meses. Su médico de familia no se lo había conseguido controlar.

Tuve que hacerle numerosas pruebas porque a la exploración le escuché un soplo abdominal (algo muy raro que podía sugerir problemas graves) y la adjunta que me supervisaba por la tarde me apoyó en mi sospecha diagnóstica, aunque tuvimos que pelearnos con el servicio de radiología que no quería aceptarnos todas las pruebas porque estaban sobrecargados. La adjunta se fue por la noche porque solo tenía turno de tarde y nos quedamos solos los R2. Dado que se habían quedado pruebas por hacer, intenté pasar al paciente al área de camas de cara a ingresarlo, pero el área de camas estaba llena y me tuve que pelear con los adjuntos de esa área para pasarlo. Hasta las 2 am de la mañana no le pude pasar a una cama. A todo esto el paciente se había puesto hipertenso y no había manera de bajarle la tensión. Cuando a las 7 am de la mañana conseguí que le bajara la tensión, le pedí a un adjunto que me firmara la orden de ingreso del paciente (yo como residente no puedo ingresar pacientes). El adjunto dijo que las pruebas no le justificaban ingresar al paciente y que no lo iba a ingresar. Fui a otra adjunta a intentar colarle el ingreso pero tampoco lo conseguí. Dado que me dijeron que nadie le iba a ingresar, decidí darle de alta porque el paciente ya estaba muy cansado y empezaba a tener dolores en el brazo. Pensé que para no ingresar estaría mejor en casa y le di de alta antes de que siguiera por ahí dando vueltas más tiempo (mi turno terminaba a las 8:30 y el paciente había estado en Urgencias desde hacía casi un día).

Me fui a casa pero muy rallada. Al día siguiente lo primero que hice al llegar al hospital fue consultar la historia del paciente y no me sorprendió nada cuando descubrí que el paciente había tenido que volver a Urgencias a las 4 horas escasas de darle yo el alta porque se había infartado en casa (probablemente después del día en Urgencias junto con la patología que tenía que yo había sospechado; cuando yo le vi no estaba infartado pero sí tenía enorme riesgo de infartarse) y había tenido que ingresar en Cardiología. Me sentí fatal y fui a la habitación del paciente a pedirle perdón. Yo sabía que no estaba estable cuando le di el alta pero le dije a su familia que no presentaba datos de alarma porque eso era lo que me habían dicho mis adjuntos. El paciente era majísimo y me dijo que no me preocupara. El caso es que el paciente tenía un problema

cardiovascular muy grave (que yo había sospechado pero no había podido terminar de diagnosticar) y necesitaba cirugía cardíaca y aórtica. Yo me sentía muy culpable y sentía mucha rabia y enfado conmigo misma por no haber peleado más el ingreso del paciente. El paciente podría haber fallecido en su casa. Finalmente, operaron al paciente pero falleció en el post-operatorio. En los días siguientes yo no paré de pensar en el paciente (me acuerdo de su nombre y apellidos). Se lo conté a mi pareja pero la verdad que no me sentí nada comprendida (él no es sanitario) y no me dio mucho espacio para desahogarme; al final, al hablarlo con mis amigas (que sí son sanitarias), me pude desahogar mejor pero el sentimiento de error y enfado conmigo misma está ahí, espero que para que no me vuelva a pasar.

TESTIMONIO II – Médico residente de tercer año de Oncología

Mujer de 60 años, ingreso a cargo de oncología médica con diagnóstico de sobreingesta de benzodicepinas, a descartar intención autolítica (no valorable por psiquiatría al no ser abordable la paciente). Con antecedentes relevantes de trastorno del estado de ánimo así como trastorno dismórfico corporal, seguimiento en servicio de oncología médica por diagnóstico de carcinoma de mama ductal infiltrante Receptores hormonales positivos, HER2 negativo, con afectación metastásica ósea. En tratamiento con hormonoterapia e inhibidores de ciclinas en primera línea (supervivencia esperable de dicha patología en torno a los 5 años con excelente calidad de vida esperable). Se inicio por parte de servicio de urgencias perfusión de flumaceniilo por bajo nivel de consciencia (antídoto de benzodicepinas) no presentando mejoría franca y con escasa reactividad y colaboración por parte de la paciente. Se solicita ingreso a cargo de oncología médica por los antecedentes neoplásicos de la paciente. Es valorada en planta 72 horas después, se revisan pruebas complementarias, evidencia de elevación de creatinin kinasa, así como troponina ultrasensible. Tendencia al sueño, con patrón respiratorio de hiperventilación. En ECG evidencia de taquicardia sinusal monomorfa con qrs estrecho (si bien con alteración de onda R). Tricíclicos en orina positivos. Evidencia de fiebre 38Cº sin tiritona sin diaforesis, sin elevación de procalcitonina leucocitos, neutrófilos ni otros datos clínicos o analíticos compatibles con infección sistémica (cobertura empírica con ertapenem).

Ante sospecha clínica y analítica de síndrome anticolinérgico por intoxicación por tricíclicos, se procede a hidratación agresiva, así como administración de bicarbonato en altas dosis. Se administra piridostigmina. Se procede a sondaje y cuantificación estricta de diuresis. Se realiza a pesar de tiempo (4 días desde ingreso, debido al tiempo enlentecido de vaciamiento esperable por intoxicación por tricíclicos) lavado gástrico con carbón activado. A pesar de todas las medidas previamente citadas, la paciente presenta empeoramiento clínico y analítico

persistente, por lo que se solicita valoración por UCI, procediéndose a ingreso en dicha unidad. A pesar de optimización con administración de aminos vasoactivos para control de tensión y sueroterapia. La paciente entra en asistolia, no siendo recuperada y falleciendo como consecuencia.

En esta chapa, la cagada a tener en cuenta es que, la paciente permaneció en el servicio de urgencias, 3 días con una perfusión de flumacénilo, sin que nadie hiciera ni caso a la tira de orina con tricíclicos positiva. Lo verdaderamente grave es que este cuadro en supuesto de haber realizado lavado gástrico repetido en primeras horas desde la valoración. Así como monitorización estrecha en servicio de urgencias analítica y clínicamente, muy probablemente hubiera tenido una evolución clínica mucho más favorable. Creo de hecho que este caso raya la negligencia médica. Esto haría referencia al manejo en planta, hasta que fue llamado a la UCI.

Personalmente me sentí muy agobiado porque no sabía hasta qué punto la señora simulaba bajo nivel de consciencia, pero era obvio que estaba mala de cojones y que eso estaba yendo fatal.

TESTIMONIO III (Transcripción de audio de *Whatsapp*) – Enfermero cooperante “*Médicos sin Fronteras*”

Nada, pues te decía que el ejemplo más, así, más... bueno, lo considero gracioso porque fue la primera cagada gorda que tuve, y que recuerdo como una cagada. Fue después de Turkana, que fue mi primer trabajo, estaba trabajando en Paliativos, en el Clínico San Carlos y ahí tuve un paciente que era una persona con un tumor, estaba consciente, orientada, que por la noche debido al dolor se agitaba mucho y tal y cual, estaba empezando a perder la orientación y se agitaba un poco. Tenía pautado Midazolam, 5mg en caso de agitación... yo estaba de guardia una noche, hice la ronda, le vi agitado, estaba su hijo con él (de 40-50 años) y hablando con el hijo y tal le dije: “si quieres le ponemos un poquito de relajante para que pase buena noche”, y me dijo: “si, te lo agradezco”. Fui a por la ampolla, cogí la de midazolam, acostumbrado a las de Turkana que son 5mg/5ml y le puse la ampolla entera... a los cinco minutos está el señor completamente crujido, haciendo apneas de 20 segundos y yo pensando: “¿qué cojones le he puesto?”, yo acojonado claro, salí corriendo en silencio delante del hijo, aunque fingí seriedad delante del hijo. Volví al control, miré la ampolla y vi que le había puesto el triple de dosis... eran 15 mg en 3 ml. Volví a la habitación, fingí normalidad, me metí un rato con el hijo, hacía que hablaba pero en realidad estaba vigilando que el señor no se muriera... estaba dormido profundamente y hacía apneas por eso. Le estuve vigilando 20-25 minutos y cuando vi que dejaba de hacer apneas me quedé más tranquilo. Y el hijo en plan: “qué tranquilo se ha quedado...” y yo por dentro pensando de todo, pero no le dije nada. Todo esto fue secreto entre

yo y las ampollas... y nada, esa es mi historia. ¿Se lo conté a alguien? No; ¿me sentí mal? Sí. Empecé a tener muchísimo más cuidado, eso me marcó... ahora siempre miro las ampollas antes de ponerlas.

TESTIMONIOS IV y V – Enfermera escolar

TESTIMONIO IV

Cuando estaba haciendo las prácticas en mi segundo año de Enfermería puse una dosis errónea de insulina a un hombre que estaba ingresado. Sentí que iba a morir por mi culpa, quizás la vulnerabilidad que ese hombre presentaba de antemano y mi desconocimiento propició a que pensase eso.

Mi actuación fue contárselo rápidamente a mi supervisora, sopesando que el enfado y la bronca pertinentes que me iban a caer no podían estar por encima de la salud de ese hombre, el cual, según mi desconocimiento “se iba a morir por mi culpa”.

Obviamente el hombre no se murió. Mi supervisora me felicitó por contarle nada más haber sucedido y pusimos solución al problema. Me hizo responsable de las glucemias durante todo el turno, tuve que llevar un control estricto y también me hizo responsable de mi fallo obligándome a contarle todo a la familia en primera persona, la cual entendió que estaba aprendiendo y no me recriminó nada en absoluto.

TESTIMONIO V

Por otro lado... Trabajando como enfermera escolar di una dosis multiplicada por cinco de “apiretal” a una niña que tenía fiebre. Mientras lo hacía me parecía raro que esa fuese la dosis correcta, pero no me paré a revisarlo y obviamente cometí un error.

Cuando la madre vino a recogerla, le confesé que la dosis administrada había sido incorrecta, pero tomar la decisión de contar algo que has hecho mal nunca es fácil y muchas veces piensas si hacerlo o no para protegerte.

Por suerte, en mi Universidad me enseñaron que lo primero es el paciente, y que siempre que cometes un fallo hay que contarle, porque al final estás jugando con la vida de una persona y ocultar un fallo podría ser mortal. Es por eso, que cuando cometo fallos siempre está por encima de todo la salud del paciente.