

**MEDICINA Y SOCIEDAD: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES**

**¿De qué forma deberíamos interpretar al arrepentimiento como una experiencia moral psicológica que puede influenciar en la toma de decisiones clínicas?**

Sarah L. Spaulding y Katherine Fischkoff, MD

**Resumen**

Este manuscrito trata el arrepentimiento como una experiencia moral significativa en la profesionalización en cirugía. Distingue entre el arrepentimiento constructivo, que fomenta la reflexión personal y el crecimiento, y el arrepentimiento destructivo, que puede ocasionar repliegue emocional y dificultades en la toma de decisiones. Este artículo también ofrece recomendaciones para colegas y organizaciones sobre cómo deberían responder a cada tipo de arrepentimiento, en especial al arrepentimiento ante malos resultados, con el objetivo de fortalecer la formación profesional. Es esencial reconocer el punto crítico en el que el arrepentimiento pasa de ser un motor positivo para mejorar a una fuente de daño.

**Experiencias con el arrepentimiento entre cirujanos**

Si bien el fenómeno del arrepentimiento por las decisiones ha sido ampliamente estudiado y cuenta con mucha literatura sobre las tasas de arrepentimiento y las técnicas para evitarlo,<sup>1,2,3</sup> la incidencia y el impacto del arrepentimiento del cirujano son mucho menos comprendidos. No obstante, el arrepentimiento del cirujano es una experiencia poderosa que moldea su sentido de identidad, las interacciones futuras con los pacientes y la toma de decisiones intraoperatorias.<sup>4,5</sup> Es una de las tantas experiencias morales que tienen un impacto profundo en la carrera de un cirujano. Mientras que todos los médicos están expuestos a experiencias morales complejas y formativas, los cirujanos tienen una exposición única al arrepentimiento y a los daños morales, dada la naturaleza invasiva de su relación con los pacientes y el “contrato quirúrgico” altamente interdependiente que establecen con sus pacientes.<sup>6</sup> Este contrato bidireccional implica un entendimiento mutuo en el que el cirujano se compromete con la operación y el paciente acepta la atención posoperatoria para la recuperación. Se basa en el sentido de responsabilidad del cirujano con el resultado que se desarrolla durante la capacitación. De esta manera, la experiencia de un mal resultado puede hacer que el cirujano se sienta expuesto y puede tener un impacto negativo desproporcionado en la confianza en sí mismo, lo que ocasiona un daño moral.<sup>7</sup> En este artículo, tratamos los factores que contribuyen al arrepentimiento, el impacto del arrepentimiento como una experiencia moral sobre el desarrollo de un

cirujano y las estrategias para mitigar el efecto en cascada inevitable y potencialmente consecuente de este arrepentimiento sobre los pacientes.

### **Factores que contribuyen al arrepentimiento**

La amplitud de experiencias morales que afectan a los médicos es vasta. Los momentos que involucran arrepentimiento, conflictos de intereses, tratamientos ante objeciones, tratamientos al fin de la vida, testimonios de la verdad, etc., son comunes a todos los médicos. Aquí, en primer lugar, exploramos los factores que vuelven excepcionales las experiencias de los cirujanos de momentos particulares de arrepentimiento. Como describen Char et al, “los cirujanos no solo determinan el tratamiento de una enfermedad específica, sino que también son instrumento del tratamiento y ejercen daño corporal necesario para poder sanar a las personas”.<sup>8</sup> En otras palabras, distinto de otras especialidades, un cirujano no puede desestimar su rol en el resultado del paciente luego de la operación (o incluso negarse a operar), ya que la toma de decisiones y las habilidades del cirujano están vinculadas de forma inseparable con el resultado. La **toma de decisiones compartida** en la etapa preoperatoria, la toma de decisiones aislada intraoperatoria y la gestión de las complicaciones posoperatorias son solo de los cirujanos, y moldean la experiencia moral tras un encuentro con un paciente.

Además del sentido de responsabilidad personal sobre los resultados, también se deben reconocer las presiones externas como factores que contribuyen al arrepentimiento desde la perspectiva del cirujano. Si bien una operación es por naturaleza una actividad de grupo y se entiende que las fallas del sistema pueden contribuir a la mala calidad de la atención, los cirujanos inevitablemente temen a ser culpados por un mal resultado del paciente tras una operación.<sup>9</sup> Al enfrentarse con una complicación en una conferencia sobre morbilidad y mortalidad, un cirujano humilde debe explicar de manera pública su rol en el mal resultado y qué podría haber hecho distinto para evitarlo. Además, el aumento del énfasis en la productividad clínica y la generación de ingresos presionan a los cirujanos a operar y tiene un impacto desproporcionado sobre los cirujanos cuando una ineficiencia sistémica (exacerbada por las demoras en la programación, la distribución inadecuada del personal y la escasez de recursos) aumenta el estrés. Asimismo, el costo del seguro de negligencia médica es mucho más alto en las especialidades de cirugía, lo que pone de manifiesto el mayor riesgo que corren los cirujanos de poder enfrentarse a una demanda por negligencia médica, así como la necesidad de tener más actividad clínica a fin de recuperar el costo.<sup>10,11</sup>

### **Efecto del arrepentimiento en cirujanos**

El arrepentimiento es una emoción negativa compleja y fuerte que proviene del sentimiento de que el resultado podría haber sido distinto si se hubiese tomado otra decisión.<sup>12</sup> El arrepentimiento es igual de complicado para los cirujanos. Dada la cantidad de decisiones que se toman durante la atención pre, intra y posoperatoria del paciente, hay un sinnúmero de oportunidades para que los cirujanos sientan arrepentimiento. De hecho, en un estudio en el que se entrevistó a cirujanos sobre su experiencia cuando uno de sus pacientes falleció, el 18 % respondió que, en retrospectiva, se habría comportado diferente con el paciente.<sup>13</sup> Boyle et al. señalan que “determinar en retrospectiva que unas medidas diferentes podrían haber producido un mejor resultado no implica arrepentimiento en sí mismo”.<sup>5</sup> Sin embargo, cuando un cirujano sí experimenta arrepentimiento, puede resultar un motivador positivo. Cuando el arrepentimiento es constructivo, fomenta la reflexión y el crecimiento, y facilita que los cirujanos perfeccionen su criterio y mejoren la atención a los pacientes. Este tipo de arrepentimiento suele motivar la mejora personal y hace que los cirujanos potencien sus técnicas quirúrgicas o fortalezcan la comunicación con los pacientes.<sup>14</sup> Por otro lado, cuando se experimenta con mucha intensidad o sin una resolución constructiva, el arrepentimiento puede ocasionar que el cirujano se repliegue emocionalmente o ejerza su práctica de forma más conservadora; ambos pueden comprometer la atención al paciente. Cuando el arrepentimiento alcanza un punto de

inflexión, se vuelve abrumador y no conlleva un cambio motivador, puede ocasionar una autorrecriminación dañina y tener un impacto negativo e incluso duradero en el bienestar emocional, la confianza y el sentido de identidad del cirujano. Este paso de arrepentimiento constructivo a destructivo suele ocurrir cuando un cirujano internaliza de manera excesiva la culpa y permite que el arrepentimiento erosione su confianza y obstaculice su toma de decisiones.

Del mismo modo, existe una tensión entre la empatía como herramienta positiva y negativa. La empatía es una cualidad muy valorada en un cirujano, ya que puede mejorar el proceso de toma de decisiones compartida y ayudar a forjar una relación más significativa entre pacientes y médicos. La pérdida de empatía, o el distanciamiento emocional con los pacientes, es un factor de riesgo para el agotamiento de los médicos.<sup>7</sup> No obstante, para ser empáticos, los cirujanos deben permitirse sentir lo que el paciente está sintiendo. Es mucho más fácil para los cirujanos distanciarse de las experiencias de los pacientes ante complicaciones e incluso culpar a los factores de riesgo del paciente por el mal resultado, en lugar de aceptar la responsabilidad personal. Compartir con intensidad la angustia de un paciente podría empeorar el arrepentimiento del cirujano sobre su toma de decisiones o su habilidad.

Por último, el arrepentimiento por comisión o el arrepentimiento por omisión pueden afectar el comportamiento futuro de los cirujanos de diversas maneras.<sup>1</sup> El arrepentimiento por comisión ocurre cuando se ha tomado una acción, que puede ser cuando un cirujano decide operar y en el paciente hay un mal resultado. El arrepentimiento por omisión le ocurre al cirujano cuando no se tomó una acción; tal vez no se ofreció la opción de una operación y el paciente muere. Un cirujano que experimenta arrepentimiento por comisión es más probable que no opere en el futuro cuando se enfrente a circunstancias similares. Por otro lado, un cirujano que ha experimentado arrepentimiento por omisión puede ser más insistente con operar en casos similares futuros, incluso ante evidencia que sugiera que la operación no es lo mejor para el paciente.

### **Estrategias de mitigación del arrepentimiento**

Los efectos en cascada del arrepentimiento del cirujano no están limitados solo a éste, sino que pueden tener repercusiones significativas en el bienestar del paciente. Estos efectos se pueden manifestar mediante una **toma de decisiones clínica alterada**, tal como un enfoque más conservador en casos futuros para evitar más arrepentimientos o mediante un menor sentido de confianza que impacta directamente en la calidad de la atención. Entonces, brindar apoyo a los cirujanos no solo es clave para su propio bienestar, sino que también lo es para asegurar que no se vea comprometida su capacidad de brindar la mejor atención posible a sus pacientes.

Un sistema que fomenta activamente la resiliencia puede ayudar a mitigar estas consecuencias negativas y, en última instancia, beneficiar tanto al cirujano como a sus pacientes. Según describe Devon Cassidy, “experimentar el arrepentimiento por una cirugía luego de una pérdida o un mal resultado demuestra la capacidad de aceptar que se ha hecho un daño”.<sup>4</sup> En el mundo de la cirugía, la resiliencia representa la capacidad del cirujano de seguir adelante tras aceptar que se ha hecho daño a un paciente asignado a su cuidado. Esta capacidad, por ejemplo, de continuar con los casos programados del día luego de un evento intraoperatorio importante, o incluso una muerte, evidencia resiliencia. Con este fin, la resiliencia se ha convertido en un rasgo muy valioso en un cirujano y se ha descrito como “no solo algo que los cirujanos deberían poseer, sino ... como algo que pueden aprender y desarrollar”.<sup>15</sup> Además, los datos han demostrado que la resiliencia protege contra resultados negativos de salud mental.<sup>7</sup> Sin resiliencia, el arrepentimiento puede derivar en una toma de decisiones más conservadora, repliegue emocional, inseguridad, daño moral y agotamiento, lo que puede comprometer la atención al paciente.

La resiliencia, o una respuesta saludable ante el arrepentimiento, se puede fomentar mediante esfuerzos para mejorar las respuestas institucionales y culturales ante un resultado no deseado. En el estudio de Boyle et al. sobre el arrepentimiento entre cirujanos, surgieron temas vinculados con aspectos no técnicos de la atención, en lugar de errores técnicos, como los factores contribuyente más significativos al arrepentimiento de los cirujanos.<sup>5</sup> El compromiso institucional de mejorar los aspectos no técnicos de la atención, como el proceso de transferencia, puede fortalecer las transiciones en la atención y mejorar el intercambio de información entre personas u hospitales. Estas medidas, que se enfocan en la comunicación y la colaboración, en lugar de en las técnicas quirúrgicas, promueven la resiliencia al reducir errores evitables y dar lugar a una toma de decisiones más informada. Resulta crucial la transferencia completa de información para una toma de decisiones compartida y exhaustiva. Sin embargo, este proceso puede ser desafiante durante emergencias, cuando hay limitaciones de tiempo y se deben tomar decisiones con rapidez.

La capacitación avanzada en comunicación para los cirujanos que mejora la toma de decisiones compartida, en particular en situaciones de alto riesgo, puede ayudar a mejorar la calidad de las decisiones tomadas y mitigar el arrepentimiento de pacientes y cirujanos.<sup>6</sup> Construir una cultura en torno a la cirugía en la que los cirujanos pueden hacer preguntas con seguridad a sus colegas para pedir consejos sobre un caso difícil puede ayudar a evitar un resultado no deseado y brindar soporte si algo sale mal. Las conferencias de morbilidad y mortalidad deberían ser una oportunidad para que los cirujanos sean ejemplo de **humildad y resiliencia** para los cirujanos más jóvenes. Deberían estar estructuradas de manera tal que no se adjudiquen culpas, sino que se ponga el foco en las oportunidades de aprendizaje de una complicación y se plantee al arrepentimiento como una herramienta de enseñanza valiosa.

### Conclusión

El arrepentimiento es una experiencia ineludible para un cirujano. Como dice el dicho, “el único cirujano que nunca tiene complicaciones es aquel que nunca opera”. Sin duda, lo mismo aplica a la experiencia del arrepentimiento del cirujano. No obstante, el arrepentimiento sin control puede tener consecuencias indeseadas para la atención futura al paciente, como la toma de decisiones demasiado conservadora o el distanciamiento de los aspectos emocionales de la atención al paciente. El arrepentimiento no se debe plantear como una emoción que hay que evitar, sino como una oportunidad crucial para el crecimiento. Al enfrentarse al arrepentimiento, los cirujanos pueden desarrollar la resiliencia necesaria para continuar brindando atención compasiva y confiada ante desafíos inevitables.

### References

1. Wilson A, Ronnekleiv-Kelly SM, Pawlik TM. Regret in surgical decision making: a systematic review of patient and physician perspectives. *World J Surg.* 2017;41(6):1454-1465.
2. McQueen P. The role of regret in medical decision-making. *Ethical Theory Moral Pract.* 2017;20(5):1051-1065.
3. Christie DR, Sharpley CF, Bitsika V. Why do patients regret their prostate cancer treatment? A systematic review of regret after treatment for localized prostate cancer. *Psychooncology.* 2015;24(9):1002-1011.
4. Cassidy DE, Vercler C, Englesbe M, Firn J. Surgical regret and intraoperative decision-making: a living donor kidney case. *Am Surg.* 2024;90(6):1772-1774.
5. Boyle FM, Allen J, Rey-Conde T, North JB. Learning from regret. *Br J Surg.* 2020;107(4):422-431.
6. Schwarze ML, Bradley CT, Brasel KJ. Surgical “buy-in”: the contractual relationship between surgeons and patients that influences decisions regarding life-supporting therapy. *Crit Care Med.* 2010;38(3):843-848.

7. Weiss JB, Vu MM, Hatch QM, Sohn VY. Maintaining wellness and instilling resilience in general surgeons. *Surg Clin North Am.* 2021;101(4):625-634.
8. Char S, Prager K, Dugdale L, Fischkoff K. Surgeon perspectives on daily presentation of ethical dilemmas: a qualitative study. *J Am Coll Surg.* 2023;237(5):751-761.
9. Gorini A, Miglioretti M, Pravettoni G. A new perspective on blame culture: an experimental study. *J Eval Clin Pract.* 2012;18(3):671-675.
10. Black BS, Traczynski J, Udalova V. How do insurers price medical malpractice insurance? IZA Institute of Labor Economics discussion paper 15392. July 7, 2022. Accessed November 26, 2024. <https://shorturl.at/nOaBo>
11. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med.* 2011;365(7):629-636.
12. Connolly T, Reb J. Regret in cancer-related decisions. *Health Psychol.* 2005;24(4)(suppl):S29-S34.
13. Cattnach DE, Wysocki AP, Ray-Conde T, Nankivell C, Allen J, North JB. Post-mortem general surgeon reflection on decision-making: a mixed-methods study of mortality audit data. *ANZ J Surg.* 2018;88(10):993-997.
14. Luu S, Patel P, St-Martin L, et al. Waking up the next morning: surgeons' emotional reactions to adverse events. *Med Educ.* 2012;46(12):1179-1188.
15. Arnold-Forster A. Resilience in surgery. *Br J Surg.* 2020;107(4):332-333.

**Sarah L. Spaulding** es estudiante de cuarto año de medicina en la Facultad de Medicina de Yale en New Haven, Connecticut. Recibió una licenciatura en ciencias en ingeniería ambiental y en ecología y biología evolutiva por la Universidad de Yale. En 2023, recibió una beca para estudiar Ética de la Medicina en Alemania y Polonia a través de Becas en Auschwitz para el Estudio de Ética Profesional.

**Katherine Fischkoff, MD** es jefa de cirugía general en New York-Presbyterian/Centro Médico de la Universidad de Columbia en la Ciudad de Nueva York, donde también se desempeña como Profesora de Cirugía Asociada Jose M. Ferrer, directora médica de la Unidad Quirúrgica Intermedia y jefa del Departamento de Calidad de Cirugía y el Comité de Seguridad del Paciente. La Dra. Fischkoff es miembro activa del Comité de Ética de la Universidad de Columbia y se desempeña como parte del personal docente para las Becas en Auschwitz para el Estudio de Ética Profesional.

#### Citation

*AMA J Ethics.* 2025;27(3):E222-226.

#### DOI

10.1001/amajethics.2025.222.

#### Conflict of Interest Disclosure

Authors disclosed no conflicts of interest.

*The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.*