

**Afectaciones emocionales, cognitivas, físicas y laborales en profesionales de la salud
como segundas víctimas de eventos adversos: revisión de literatura 2019-2025**

Gisela Aguilar Guerrero

Rosimar Córdoba Machado

Asesor

Edwin Enrique Bermúdez Jiménez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades ECSAH

Programa

2026

Agradecimientos

A Dios por ser nuestra guía y fortaleza, a nuestras familias por su amor incondicional y paciencia infinita durante este camino, y a mis tutores y docentes por su invaluable orientación y conocimientos compartidos. Gracias por ser el motor y el respaldo fundamental que nos permitieron culminar con éxito esta especialización y este proyecto de investigación.

Gisela Aguilar Guerrero

Rosimar Córdoba Machado

Resumen

La seguridad del paciente reconoce no solo a la víctima directa de un evento adverso, sino también al profesional de la salud involucrado que sufre afectaciones emocionales, cognitivas, físicas y laborales, conocido como “segunda víctima”. Esta monografía sigue un enfoque de revisión narrativa para sintetizar la literatura científica publicada entre 2019 y 2025 acerca de las afectaciones más reportadas y de las estrategias de afrontamiento y los apoyos institucionales documentados en diversos contextos asistenciales. Se expone el problema, los fundamentos conceptuales y teóricos —incluida la cultura justa, la seguridad psicológica y modelos explicativos del afrontamiento del estrés— y se describe en detalle la metodología de búsqueda, selección y análisis de la evidencia. El propósito es ofrecer una base sólida para investigaciones y decisiones institucionales orientadas a proteger el bienestar profesional. Los resultados evidenciaron que las afectaciones emocionales fueron las más frecuentes, expresadas en ansiedad, culpa, miedo, angustia y estrés moral tras la ocurrencia del evento adverso. También se identificaron repercusiones cognitivas, físicas y laborales, reflejadas en dificultades de concentración y toma de decisiones, alteraciones del sueño, fatiga, deseo de abandonar el cargo y deterioro del desempeño profesional.

Palabras clave: Segunda víctima; eventos adversos; seguridad del paciente; afrontamiento; apoyo entre pares.

Abstract

Patient safety recognizes not only the direct victim of an adverse event, but also the health professional involved who experiences emotional, cognitive, physical, and occupational effects, known as the “second victim”. This monograph follows a narrative review approach to synthesize scientific literature published between 2019 and 2025 on the most frequently reported effects, coping strategies, and institutional support documented in different healthcare contexts. It presents the problem, conceptual and theoretical foundations - including just culture, psychological safety, and explanatory models of stress coping - and describes the search, selection, and evidence analysis methodology. The purpose is to provide a solid basis for research and institutional decision-making aimed at protecting professional well-being. The results showed that emotional effects were the most frequent, expressed as anxiety, guilt, fear, distress, and moral stress after the occurrence of an adverse event. Cognitive, physical, and occupational repercussions were also identified, including difficulties with concentration and decision-making, sleep disturbances, fatigue, desire to leave the position, and deterioration of professional performance.

Keywords: Second victim; adverse events; patient safety; coping; peer support.

Tabla de Contenido

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Lista de Figuras.....	8
Lista de Tablas	9
Introducción	10
Planteamiento del problema.....	12
Pregunta de investigación	14
Justificación	15
Objetivos.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
Metodología	18
Diseño del estudio.....	18
Fuentes de información y estrategia de búsqueda.....	18
Proceso de selección de estudios	19
Extracción y organización de la información	19
Síntesis de resultados	20
Diagrama de flujo PRISMA.....	20

Marco conceptual.....	22
Segundas víctimas.....	22
Eventos adversos EA.	25
Evento Adverso según impacto	26
Estrés postraumático	26
Impacto emocional.....	27
Riesgo psicosocial.....	27
Estrategias de afrontamiento.....	28
Marco teórico	29
Seguridad del paciente y la noción de segunda víctima	29
Cultura justa y seguridad psicológica como fundamentos organizacionales.....	30
Apoyo entre pares y protocolos institucionales de respuesta.....	30
Evidencia internacional: efectos del evento adverso y calidad del apoyo percibido	31
Perspectiva de profesionales y pacientes sobre el manejo del daño y la comunicación del error	32
Evidencia local: prevalencia de eventos y manifestaciones en profesionales en un hospital de Medellín.....	33
Implicaciones para la práctica.....	33
Resultados.....	35
Caracterización de los artículos incluidos.....	36

Resultados por categorías de afectación	37
Afectaciones emocionales.....	37
Afectaciones cognitivas	38
Afectaciones físicas	39
Afectaciones laborales	40
Síntesis integradora de los resultados	42
Discusión.....	42
Discusión de las afectaciones emocionales.....	43
Discusión de las afectaciones cognitivas	44
Discusión de las afectaciones físicas	45
Discusión de las afectaciones laborales y organizacionales	46
Conclusiones.....	48
Recomendaciones	51
Referencias.....	53

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios</i>	21
--	----

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Caracterización de los artículos incluidos</i>	36
--	----

Introducción

La seguridad del paciente constituye una prioridad estratégica para los sistemas de salud por su vínculo directo con la calidad asistencial, la ética del cuidado y la confianza social. En las últimas décadas, la comprensión de los eventos adversos se ha ampliado desde una mirada centrada en el error individual hacia enfoques sistémicos que explican cómo las fallas latentes convergen con condiciones del entorno y prácticas clínicas para producir daños (Reason, 1997).

Paralelo a ello, ha emergido con fuerza la noción de la “segunda víctima”, que identifica al profesional que, tras un evento adverso, experimenta sufrimiento emocional y consecuencias laborales que pueden comprometer su bienestar y la seguridad de futuras atenciones (Wu, 2000; Scott et al., 2009). Esta perspectiva ha favorecido el desarrollo de programas de apoyo estructurados —como forYOU o RISE— y la adopción de marcos organizacionales de cultura justa, así como nuevas herramientas de medición, por ejemplo, el SVEST (Burlison et al., 2017; Edrees et al., 2016; Scott et al., 2010).

Cuando un médico, enfermero u otro trabajador sanitario participa en la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de que este haya sido producto de un error humano, una omisión o una falla del sistema, puede experimentar un profundo impacto emocional y físico que afecta tanto su bienestar personal como su desempeño laboral. Este fenómeno, ampliamente conocido en la literatura como la figura de la segunda víctima, refleja cómo los profesionales de la salud también resultan vulnerables a consecuencias psicológicas como la ansiedad, la culpa, la pérdida de confianza, la depresión y, en algunos casos, al abandono de la práctica clínica.

Aunque se reconoce la relevancia de esta problemática en el ámbito de la seguridad del paciente, persiste un notable desconocimiento y escasa visibilidad en torno a las experiencias de los profesionales de la salud como segundas víctimas dentro de las instituciones prestadoras de

servicios. Con frecuencia, el abordaje institucional se centra únicamente en las repercusiones para los pacientes, dejando sin atención adecuada el acompañamiento y el apoyo necesarios para quienes integran el equipo asistencial.

A partir de 2019, la literatura ha incorporado, además, aprendizajes derivados de la pandemia por COVID-19 en relación con el estrés moral, la carga emocional y la necesidad de apoyos accesibles y oportunos, lo que refuerza la pertinencia de revisar integralmente el estado del conocimiento en el periodo 2019–2025 (Shanafelt et al., 2020; World Health Organization, 2021). Una revisión narrativa permite integrar evidencia cuantitativa y cualitativa, así como marcos teóricos y normativos, ofreciendo una síntesis con implicaciones para la práctica clínica, la gestión y la formación profesional.

En este sentido, la presente monografía se orienta a reconocer y analizar las afectaciones y consecuencias que afronta el personal sanitario cuando asume el rol de segunda víctima, con el fin de visibilizar esta realidad y aportar elementos que permitan reflexionar sobre la importancia de establecer estrategias de apoyo psicosocial e institucional. A través de la revisión de la literatura disponible, se pretende ofrecer un panorama integral que contribuya no solo a comprender la magnitud de la problemática, sino también a fortalecer la cultura de seguridad del paciente, entendida como un compromiso compartido entre pacientes, profesionales y organizaciones de salud.

Planteamiento del problema

Los eventos adversos constituyen experiencias críticas que amenazan la integridad del paciente y conmocionan a los equipos de salud. Si bien la prioridad ética se dirige a la víctima directa, la evidencia muestra que los profesionales involucrados pueden atravesar reacciones intensas: culpa, vergüenza, miedo a sanciones, rumiación, hipervigilancia, alteraciones del sueño y cambios conductuales como la evitación de procedimientos o la reducción del desempeño (Pratt & Jachna, 2014; Seys et al., 2013).

Las respuestas se ven amplificadas por culturas organizacionales punitivas o ambiguas, por la ausencia de espacios seguros para hablar del error y por liderazgos que no modelan el aprendizaje a partir de los fallos (Edmondson, 1999; Dekker, 2012). Este escenario puede derivar en deterioro de la salud mental, rotación de personal, pérdida de compromiso, disminución de la seguridad psicológica del equipo y, paradójicamente, en nuevas condiciones de riesgo para el paciente (Reason, 1997; Hollnagel, 2014).

En el año (2000), Wu AW. Medical error: the second victim, acuñó el término “segunda víctima” (SV), subrayando que los médicos que cometen errores también necesitan ayuda; después, Scott amplió el concepto, planteando que los SV son profesionales involucrados en un error de salud. Recientemente, un consenso internacional declaró que SV puede ser cualquier trabajador de la salud, involucrado directa o indirectamente en un Evento Adverso (EA), error no intencional o lesión relacionada con el paciente, y que se torna víctima en el sentido de ser también impactado negativamente (Martins et al, 2025).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que, anualmente, millones de personas experimentan lesiones con secuelas incapacitantes o fallecen como resultado de prácticas asistenciales inseguras en los servicios de salud. En este contexto, los eventos adversos

(EA) se entienden como consecuencias derivadas de incidentes o situaciones imprevistas ocurridas durante la atención, que producen en el paciente un daño físico o psicológico no deseado. Según Flórez, López, & Bernal, (2022) cuando ocurre un evento adverso en la atención en salud, el impacto no se limita únicamente al paciente, pues también se ven afectados su familia, el entorno cercano y el personal de salud involucrado catalogándolo como segundas víctimas; de igual manera, la institución prestadora de servicios de salud experimenta afectaciones en su imagen, en la confianza de los usuarios y en sus procesos internos. En este sentido, un evento adverso puede generar múltiples tipos de víctimas.

Cuando ocurre un evento adverso, la primera víctima corresponde al paciente, quien sufre directamente el daño derivado de una omisión o error en la atención sanitaria, pudiendo presentar consecuencias físicas temporales o permanentes. En contraste, la segunda víctima hace referencia al trabajador de la salud que participa en la atención al paciente. En el contexto de la seguridad del paciente, el concepto de segunda víctima refiere a aquellos profesionales de la salud que, luego de su participación en un evento adverso, un error médico o un desenlace clínico inesperado, experimentan repercusiones que exceden el ámbito estrictamente laboral. Estas consecuencias pueden expresarse en dimensiones emocionales, cognitivas o físicas, con efectos directos sobre su bienestar integral y el adecuado desempeño de sus funciones asistenciales (Vanhaecht et al., 2022).

A pesar de la multiplicidad de iniciativas de apoyo, persiste heterogeneidad en sus componentes, en los criterios de activación y en la evaluación de resultados, lo que dificulta comparar su impacto y consolidar estándares de calidad (Edrees et al., 2016; Seys et al., 2013). En este contexto, se requiere un análisis integrador y actualizado que sistematice afectaciones y respuestas de afrontamiento, y que fundamente el diseño de estrategias institucionales

consistentes con los principios de cultura justa y con los compromisos internacionales plasmados en el Global Patient Safety Action Plan (World Health Organization, 2021).

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las principales afectaciones emocionales, cognitivas, físicas y laborales que experimentan los profesionales de la salud como “segundas víctimas” tras eventos adversos, y qué estrategias de afrontamiento y apoyos institucionales se reportan como más relevantes para mitigar dichos impactos en la literatura científica publicada entre 2019 y 2025?

Justificación

La calidad de la atención en salud constituye un desafío crítico a nivel global, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, donde se estima que entre 5,7 y 8,4 millones de personas fallecen anualmente debido a deficiencias en los servicios sanitarios, lo que representa aproximadamente el 15 % de todas las muertes registradas en este contexto. De estas defunciones, alrededor del 60 % se atribuye a una atención deficiente, mientras que el restante se asocia a la falta de acceso oportuno a los servicios de salud. Además, la prestación de servicios de salud de calidad inadecuada genera pérdidas económicas globales que oscilan entre 1,4 y 1,6 billones de dólares anuales, evidenciando la magnitud, el impacto social y económico del problema (Kruk et al., 2018).

En este contexto, uno de los objetivos del sistema de salud es promover que las instituciones implementen prácticas clínicas seguras, incluyendo estrategias para la prevención y manejo de eventos adversos. Sin embargo, es importante puntualizar que cuando estos eventos ocurren, no solo se afecta al paciente, sino también a los profesionales de la salud involucrados, conocidos como segundas víctimas. Estos profesionales pueden experimentar consecuencias emocionales, físicas y profesionales, que incluyen estrés, ansiedad, culpa, insomnio, cefaleas, aislamiento social y disminución del desempeño laboral. A pesar de su relevancia, el apoyo institucional hacia las segundas víctimas es limitado, lo que puede incrementar el riesgo de repetición de errores y comprometer la seguridad del paciente.

Dada la frecuencia de los eventos adversos y las repercusiones significativas sobre los profesionales de la salud, resulta fundamental investigar las experiencias de las segundas víctimas. Esta monografía busca aportar conocimiento sobre la naturaleza de estas afectaciones, los factores que las determinan, las diversas consecuencias como el impacto emocional, social y

laboral entre otras en las segundas víctimas y dar recomendaciones que podrían implementarse para un apoyo efectivo al personal, promoviendo su bienestar y mejorando la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

La presente revisión es pertinente al aportar una síntesis crítica de la evidencia 2019–2025 sobre afectaciones y afrontamiento de la segunda víctima, informando la toma de decisiones clínicas y de gestión; traducir marcos conceptuales y teóricos de cultura justa, seguridad psicológica, estrés y afrontamiento, conservación de recursos en orientaciones prácticas para el diseño de programas de apoyo entre pares y rutas de atención, y ofrecer un insumo académico alineado con las metas del plan de acción global en seguridad del paciente y con la ética del cuidado del cuidador (Edmondson, 1999; Hobfoll, 1989; Lazarus & Folkman, 1984; World Health Organization, 2021). Al visibilizar el sufrimiento profesional y la necesidad de respuestas organizacionales compasivas, esta revisión contribuye a una cultura que aprende de los eventos y reduce el daño evitable.

Objetivos

Objetivo General

Analizar sistemáticamente la literatura científica (2019–2025) sobre las afectaciones emocionales, cognitivas, físicas y laborales en profesionales de la salud como segundas víctimas, así como las estrategias de afrontamiento y los apoyos institucionales reportados.

Objetivos Específicos

- Describir las afectaciones reportadas en profesionales de la salud como segundas víctimas tras eventos adversos.
- Sistematizar las estrategias de afrontamiento y los modelos de apoyo institucional documentados.
- Comparar los vacíos de conocimiento (2019–2025) según afectaciones, afrontamiento y apoyo institucional, y formular recomendaciones para práctica e investigación.

Metodología

Diseño del estudio

Esta investigación corresponde a una revisión sistemática de la literatura basada en la metodología PRISMA 2020, enfocada en identificar y sintetizar la evidencia publicada entre 2019 y 2025 sobre el fenómeno de la segunda víctima en profesionales de la salud. Se analizaron las afectaciones emocionales, cognitivas, físicas y laborales derivadas de eventos adversos, así como las estrategias de afrontamiento y los modelos de apoyo institucional documentados.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scielo, Redalyc y Google Scholar, incluyendo artículos en español e inglés. Se utilizaron descriptores y operadores booleanos adaptados a cada base de datos: ("second victim" OR "segunda víctima" OR "clinician involved in error") AND (health* OR "healthcare professional*" OR médico* OR enfermer*) AND (impact* OR afect* OR coping OR afrontamiento OR support OR "peer support" OR "just culture" OR "psychological safety").

La búsqueda cubrió el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2025. Se aplicó también la técnica de búsqueda por referencia inversa (snowballing) para identificar estudios adicionales citados en las fuentes primarias.

Criterios de inclusión y exclusión: Se consideraron estudios originales, tanto cuantitativos como cualitativos, o mixto, revisiones sistemáticas, revisiones de alcance y documentos de consenso con base científica que abordaran el impacto de los eventos adversos sobre los profesionales de la salud como segundas víctimas. Se aceptaron publicaciones en inglés o español con acceso al texto completo y que presentaran metodología explícita (Page et al., 2021). También se incluyeron consensos y guías con base científica que abordaran las afectaciones de

los profesionales de la salud como segundas víctimas y las estrategias de afrontamiento o apoyo disponibles. La búsqueda se limitó a publicaciones en español e inglés aparecidas entre 2019 y 2025.

Se descartaron documentos de carácter exclusivamente institucional que no presentaran un método explícito, cartas al editor sin datos, comentarios sin datos empíricos, duplicados y trabajos publicados antes de 2019. De manera excepcional, se admitieron referencias previas a ese año únicamente cuando ofrecían definiciones fundacionales o marcos teóricos esenciales (por ejemplo, Reason, 1997; Wu, 2000; Edmondson, 1999; Lazarus & Folkman, 1984).

Proceso de selección de estudios

La búsqueda inicial identificó aproximadamente 300 registros. Tras eliminar duplicados, se revisaron los títulos y resúmenes para descartar estudios no pertinentes. Aquellos que cumplían con los criterios de inclusión fueron leídos en texto completo para verificar su elegibilidad. Finalmente, se seleccionaron 30 artículos para la síntesis de datos, integrando estudios empíricos, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas y protocolos teóricos relevantes.

Extracción y organización de la información

De cada estudio se extrajeron los siguientes datos: título, autores, DOI o URL, revista y año de publicación, país o contexto, tipo de estudio, población incluida, intervención aplicada (si la hubo), comparaciones, resultados principales y conclusiones. Además, se identificaron tres categorías temáticas principales:

1. Afectaciones en profesionales de la salud (emocionales, cognitivas, físicas y laborales).
2. Estrategias de afrontamiento individuales y colectivas.
3. Modelos de apoyo institucional y cultura justa.

Los datos se registraron en una matriz de sintetización elaborada en Excel y Word, que permitió organizar los hallazgos de forma comparativa y facilitar el análisis cualitativo posterior.

Síntesis de resultados

La información se integró mediante un enfoque temático que permitió identificar convergencias, divergencias y vacíos en la literatura. Los resultados se organizaron en torno a las afectaciones más frecuentes, los recursos de afrontamiento utilizados por los profesionales y las características de los programas institucionales de apoyo. Se elaboró un diagrama de flujo PRISMA que resume el proceso de identificación, selección e inclusión de los estudios revisados.

Diagrama de flujo PRISMA

La búsqueda inicial arrojó 300 registros. Luego de eliminar duplicados, se analizaron 240 títulos y resúmenes. Se revisaron en texto completo 50 artículos, de los cuales 20 fueron excluidos por no cumplir los criterios metodológicos o de contenido. En total, se incluyeron 30 artículos que conforman la base de la síntesis cualitativa final.

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios



Nota. Fuente: Elaboración propia. Se revisaron en texto completo 50 artículos, de los cuales 20 fueron excluidos por no cumplir los criterios metodológicos o de contenido. En total, se incluyeron 30 artículos que conforman la base de la síntesis cualitativa final.

Marco conceptual

Segundas víctimas

El concepto de segunda víctima emerge en el marco de la seguridad del paciente, entendida como el conjunto de estructuras y procesos destinados a prevenir el daño evitable y a aprender de los fallos del sistema asistencial. En este enfoque, no solo el paciente y su familia requieren atención tras un evento adverso; también lo hace el profesional implicado, cuya experiencia subjetiva puede incluir afectaciones emocionales, cognitivas, físicas y laborales. El Hospital Universitario Torrecárdenas (2021) señala que “en el año 2000 Albert Wu introdujo por primera vez el término Segundas Víctimas que hace referencia a los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso que quedan traumatizados por esa experiencia o que no son capaces de afrontar emocionalmente la situación” (p. 4). Esta definición resultó clave para visibilizar el sufrimiento del personal de salud como un problema real de salud ocupacional y de seguridad asistencial.

El mismo documento del Hospital Universitario Torrecárdenas (2021) describe que la experiencia de la segunda víctima se caracteriza por una sintomatología compleja que puede incluir culpa, ansiedad, rumiación del incidente (revivirlo mentalmente de forma insistente), alteraciones del sueño y temor a repercusiones legales o disciplinarias. Este sufrimiento, distinto al que viven el paciente y su familia, impacta negativamente el desempeño clínico: puede incapacitar al profesional y aumentar el riesgo de nuevos errores, con consecuencias para la calidad de la atención, el clima de los equipos y los costos organizacionales (p. 4). La literatura ha subrayado, además, que el modo en que reacciona la organización tras el evento puede

amortiguar o exacerbar ese malestar: entornos punitivos y silenciosos favorecen el aislamiento, mientras que contextos de apoyo y aprendizaje reducen la revictimización.

Nueve años después, en 2009, Scott —citado en Vanhaecht et al. (2022)— definió a la segunda víctima como “un proveedor de atención médica involucrado en un evento adverso imprevisto del paciente, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente que se vuelve víctima en el sentido de que el proveedor está traumatizado por el evento”. A partir de este marco, Scott y colaboradores describieron un curso típico de recuperación que transita desde la conmoción inicial y el caos, pasando por la necesidad de comprender qué ocurrió y por la búsqueda de apoyo, hasta procesos de reconstrucción profesional. Esta trayectoria no es lineal ni idéntica en todos los casos, pero ilustra cómo la respuesta institucional y del equipo cercano resulta decisiva para el ajuste posterior.

Insertar el fenómeno de segunda víctima dentro del paradigma de seguridad del paciente implica reconocer que los eventos adversos no se explican únicamente por fallas individuales, sino por interacciones sistémicas entre personas, tecnologías, procesos y contextos. Desde esta lente, la intervención prioriza dos planos complementarios: (1) cuidar al profesional que cuida (contención, escucha, derivación a salud mental cuando corresponda) y (2) aprender del evento (análisis sistémico, comunicación abierta y mejora de procesos). Esta doble vía evita que la energía organizacional se consuma en la culpa individual y la desplaza hacia el aprendizaje organizacional y la prevención del daño.

En ese tránsito, la cultura justa desempeña un papel central. Se trata de un marco organizacional que equilibra aprendizaje y responsabilidad, distingue el error humano de las conductas riesgosas y de la negligencia deliberada, y promueve respuestas proporcionadas y no punitivas. Cuando predomina la cultura justa, los profesionales encuentran condiciones para

hablar del error, solicitar apoyo y notificar incidentes sin temor, lo cual reduce la carga subjetiva de la segunda víctima y mejora la seguridad a futuro. Por el contrario, la estigmatización, el señalamiento o la incertidumbre normativa intensifican el sufrimiento y aumentan el riesgo de conductas de evitación o de silenciamiento de problemas.

De forma complementaria, la seguridad psicológica —la creencia compartida de que el equipo es un espacio seguro para expresar dudas, admitir errores y pedir ayuda— actúa como un amortiguador del impacto emocional. Equipos con alta seguridad psicológica tienden a activar tempranamente prácticas como el debriefing tras el evento, la normalización de reacciones y la búsqueda de recursos formales, disminuyendo el aislamiento y la rumiación. Esta cualidad de los equipos no surge de manera espontánea; requiere liderazgo clínico visible, coherencia de las jefaturas y formación deliberada en habilidades no técnicas (comunicación, trabajo colaborativo, regulación emocional).

Dentro del arsenal institucional, el apoyo entre pares es la intervención más cercana y accesible para el profesional afectado. Consiste en un acompañamiento confidencial brindado por colegas específicamente entrenados para escuchar, validar, orientar el autocuidado y, si es necesario, derivar a servicios de salud mental. Programas consolidados en centros académicos han demostrado que cuando el apoyo entre pares es fácil de activar, confidencial, y cuenta con respaldo directivo y protocolos claros, no solo disminuye el malestar de la segunda víctima, sino que también fortalece la cultura de seguridad y la confianza de los equipos. Herramientas de evaluación específicas —como cuestionarios sobre experiencia de segunda víctima y percepción de apoyo— ayudan a las instituciones a monitorizar necesidades y a ajustar los componentes del programa.

Finalmente, el abordaje integral de la segunda víctima exige alinear políticas, procesos y cultura. No basta con disponer de recursos si estos no son conocidos, accesibles y desestigmatizados. Las organizaciones que avanzan en esta dirección establecen rutas claras de activación tras un evento, capacitan a pares de referencia, incluyen contenidos sobre segunda víctima en la formación de grado y posgrado, y conectan estas prácticas con su sistema de aprendizaje (análisis de causas, acciones de mejora, retroalimentación a los equipos). Así, la atención a la segunda víctima deja de ser un gesto aislado y se convierte en un estándar de cuidado coherente con los principios de la seguridad del paciente y con la ética del cuidado del cuidador.

Eventos adversos EA.

“Es aquel producto de la atención en salud que de manera involuntaria causa daño al paciente. Consecuencia que puede ir desde un daño leve a un daño severo. En el ciclo de atención hay un error, una falla activa, es directa en la asistencialidad” (Arciniegas et al., 2024, p. 3). En el campo de la seguridad del paciente, el evento adverso se concibe como un resultado no intencional ligado a la prestación del servicio que produce daño evitable o potencialmente evitable. Analizarlo requiere una mirada sistémica que atienda a condiciones del entorno, fallas latentes, brechas de comunicación, variabilidad de procesos y carga laboral. Bajo una cultura justa, el énfasis deja de ser la culpabilización individual para enfocarse en el aprendizaje y el rediseño de barreras de seguridad. Además del impacto directo en la calidad asistencial, la ocurrencia de un evento adverso puede afectar a los equipos y dar lugar a experiencias de segunda víctima en el personal implicado, que necesitan rutas de apoyo claras, incluyendo apoyo entre pares.

Evento Adverso según impacto

La clasificación propuesta por Arciniegas et al. (2024) organiza el evento adverso según la severidad del daño y sus implicaciones clínicas y organizacionales, lo que orienta la respuesta tanto para el paciente como para el equipo. En el nivel leve se documenta un daño menor que no compromete la funcionalidad ni exige hospitalización o su prolongación; estos episodios, aunque no amenazan la vida, revelan puntos vulnerables del sistema y justifican acciones de mejora.

En el nivel moderado se identifica un daño evidente, a menudo temporal, que puede requerir cambio de servicio, procedimientos o una estancia hospitalaria más larga sin implicar riesgo vital; en estos casos, el análisis de causas y la corrección de procesos son indispensables. En el nivel grave o centinela la afectación es seria, puede conllevar discapacidad permanente o la muerte y suele exigir atención en servicios de mayor complejidad, gestión estructurada del incidente, comunicación abierta con pacientes y familias y medidas de soporte para el equipo, incluido el acompañamiento entre pares.

Estrés postraumático

“Es un trastorno en el cual el impacto emocional de un determinado suceso o acontecimiento traumático es capaz de provocar una serie de manifestaciones físicas y psicológicas en el paciente” (Gallo et al., s. f.). Tras un evento adverso, el profesional de la salud puede presentar recuerdos intrusivos, evitación de actividades relacionadas con el incidente, hipervigilancia, irritabilidad y alteraciones del sueño. No todas las segundas víctimas desarrollan un trastorno de estrés postraumático, pero la exposición reiterada a situaciones críticas y entornos punitivos incrementa el riesgo. Una cultura justa y la seguridad psicológica del equipo funcionan como factores protectores al facilitar espacios para relatar lo ocurrido, normalizar reacciones esperables y canalizar una derivación oportuna a servicios de salud mental cuando se requiere. El

apoyo entre pares, si es accesible y confidencial, ofrece contención temprana y favorece una recuperación adaptativa.

Impacto emocional

Este concepto alude al desajuste de las emociones ante situaciones de amenaza, daño, pérdida o novedad, con repercusiones sobre la salud física y mental (Gallo et al., s. f.). En el contexto de la segunda víctima, suele expresarse como culpa, vergüenza, miedo a la sanción o al juicio de colegas y superiores, así como dudas acerca de la propia competencia profesional. Cuando estas reacciones se silencian o se gestionan sin acompañamiento, pueden derivar en disminución de la autoestima profesional, fracturas en la comunicación del equipo y conductas de evitación. Las instituciones que reconocen explícitamente el impacto emocional y despliegan apoyos visibles, entre ellos programas de acompañamiento entre pares, capacitación de jefaturas para brindar contención y acceso confidencial a consejería, disminuyen el sufrimiento y sostienen el aprendizaje organizacional.

Riesgo psicosocial

“Son situaciones laborales que tienen una alta probabilidad de afectar la salud de los trabajadores, física, social y mentalmente” (Gallo et al., s. f.). En los servicios de salud, estos riesgos incluyen sobrecarga asistencial, exposición continua al sufrimiento humano, trabajo por turnos, ambigüedad de rol y conflictos interpersonales. La ocurrencia de un evento adverso puede intensificar dichos riesgos, particularmente cuando predomina la estigmatización o los mensajes punitivos. Su gestión requiere acciones organizacionales combinadas, como dimensionamiento adecuado del personal, pausas programadas, formación en comunicación y trabajo en equipo, y mecanismos de apoyo institucional. Los programas de apoyo entre pares y el

acceso a atención psicológica confidencial, respaldados por liderazgo sensible y normas claras, protegen el bienestar profesional y fortalecen la seguridad del paciente.

Estrategias de afrontamiento

De acuerdo con Macías Amarís et al. (2013), citado en Gallo et al. (s. f.), las estrategias de afrontamiento son los recursos psicológicos que las personas ponen en juego para afrontar situaciones estresantes, con el fin de generar, evitar o disminuir conflictos y promover el fortalecimiento personal. En la experiencia de la segunda víctima, estas estrategias suelen articular respuestas centradas en el problema, la emoción y el significado. Centrar la acción en el problema implica comprender el incidente, colaborar en el análisis de causas y participar en las acciones de mejora, transformando la culpa paralizante en oportunidades de aprendizaje. Centrarse en la emoción implica acudir a la regulación emocional, al apoyo social y a prácticas de atención plena o ejercicios de respiración, reduciendo la rumiación y el aislamiento.

Centrar el esfuerzo en el significado supone reconstruir el sentido profesional, integrar lo ocurrido a la identidad y extraer lecciones para la práctica futura. La efectividad del afrontamiento depende del contexto; en entornos punitivos, el silencio y la evitación son más probables, mientras que en organizaciones con cultura justa y seguridad psicológica se facilita la búsqueda de ayuda, la comunicación abierta y la derivación oportuna. Por ello, el afrontamiento individual cobra mayor eficacia cuando se integra con intervenciones institucionales como el apoyo entre pares, el debriefing guiado y el acompañamiento de liderazgo, además del acceso a servicios clínicos cuando sea necesario.

Marco teórico

Seguridad del paciente y la noción de segunda víctima

La seguridad del paciente se ha consolidado como un campo que trasciende la identificación del error clínico para integrar la comprensión de los sistemas, los procesos y las condiciones de trabajo que hacen posible el daño evitable. En esta perspectiva, el fallo individual rara vez es suficiente para explicar un evento adverso: suelen concurrir factores latentes —como cargas asistenciales, brechas de comunicación, variabilidad en la adherencia a protocolos o deficiencias tecnológicas— que se alinean con condiciones activas a la cabecera del paciente (Reason, 1997). El concepto de segunda víctima se inserta en este marco al reconocer que el profesional implicado también sufre consecuencias que, sin una respuesta institucional adecuada, pueden perpetuar el riesgo y erosionar el clima de seguridad. La visibilización de esta experiencia no desplaza a la primera víctima, sino que integra el cuidado del cuidador como condición para una atención más segura y humana (World Health Organization, 2021).

Desde este enfoque sistémico, la prevención del daño no se limita a reforzar la competencia técnica, sino que abarca el diseño de entornos que faciliten el reporte temprano, el análisis no punitivo y la mejora continua. La segunda víctima actúa como un indicador sensible del estado de la cultura organizacional: donde hay silencio, culpa y temor, suelen ocultarse incidentes y oportunidades de aprendizaje; donde hay escucha, apoyo y transparencia, los errores se transforman en insumos para rediseñar procesos y fortalecer la confianza. Por ello, situar la vivencia del profesional dentro de las políticas de seguridad del paciente es clave para cerrar el ciclo entre evento, aprendizaje y cambio sostenible.

Cultura justa y seguridad psicológica como fundamentos organizacionales

La cultura justa plantea que la respuesta a los incidentes debe diferenciar entre error humano, conducta riesgosa y negligencia, ofreciendo apoyos y responsabilidades proporcionales. Este marco reduce el impulso punitivo y promueve condiciones para hablar del error, solicitar ayuda y activar apoyos formales, lo que disminuye la revictimización y favorece el aprendizaje organizacional (Dekker, 2012). En la práctica, se traduce en procedimientos claros para analizar causas, comunicar hallazgos y acompañar a las personas, así como en reglas conocidas y aplicadas de manera consistente por las jefaturas. Cuando estas reglas son ambiguas o se aplican de forma desigual, reaparece el miedo y se debilita el compromiso con la notificación.

La seguridad psicológica, por su parte, opera a nivel de equipo como la creencia compartida de que es posible expresar dudas, admitir errores y pedir apoyo sin temor a represalias o humillaciones (Edmondson, 1999). Equipos con alta seguridad psicológica tienden a realizar debriefings tras eventos, comparten información crítica y buscan ayuda tempranamente, amortiguando el impacto en la segunda víctima y evitando que el malestar se cristalice en evitación o deterioro del desempeño. La construcción de esta seguridad depende de liderazgos coherentes, reglas explícitas de interacción y rutinas de aprendizaje que sostienen el cuidado clínico y el cuidado mutuo.

Apoyo entre pares y protocolos institucionales de respuesta

El apoyo entre pares se ha consolidado como una estrategia de primera línea para contener el impacto de la segunda víctima. Consiste en un acompañamiento confidencial brindado por colegas entrenados, que validan reacciones emocionales esperables, orientan el autocuidado y facilitan derivaciones clínicas cuando corresponda (Edrees et al., 2016). Su efectividad aumenta cuando es fácil de activar, está respaldado por la dirección y se integra en

rutas institucionales que incluyen la comunicación post-evento y la mejora de procesos. No es solo un recurso “blando”: contribuye a reducir ausentismo, rotación y riesgo de reincidencias, mientras mejora el clima de seguridad.

Los protocolos institucionales de respuesta completan este andamiaje, al definir qué hacer inmediatamente después de un evento, cómo comunicar, a quién convocar y cómo documentar hallazgos para el aprendizaje. Herramientas de medición como el SVEST permiten identificar necesidades de soporte y priorizar acciones, ofreciendo datos para ajustar los programas y evaluar su impacto en bienestar profesional y seguridad clínica (Burlison et al., 2017). La clave es que el apoyo entre pares no funcione de manera aislada, sino conectado con políticas de cultura justa, salud ocupacional y calidad asistencial.

Evidencia internacional: efectos del evento adverso y calidad del apoyo percibido

El estudio de Mallea-Salazar y colaboradores en la Región Metropolitana de Chile mostró que una proporción relevante de profesionales ha estado involucrada en eventos adversos y que muchos se reconocen como segundas víctimas. Más allá de las cifras, el hallazgo sustantivo fue la relación negativa entre la calidad del apoyo percibido y la severidad de las consecuencias psicológicas y laborales: a menor soporte, mayor impacto en el bienestar y en el desempeño. Este vínculo pone de relieve que el daño secundario no depende solo de la gravedad clínica del incidente, sino del entorno de cuidado y de las respuestas organizacionales que siguen al evento (Mallea-Salazar et al., 2021).

Estos resultados sugieren que las instituciones pueden modular el sufrimiento profesional mediante intervenciones concretas, alcanzables y medibles. Capacitar a pares de referencia, asegurar accesos confidenciales a ayuda, prever tiempos protegidos para el debriefing y clarificar la comunicación con pacientes y familias son acciones que mejoran la experiencia del

profesional y, por extensión, la seguridad clínica. El estudio también evidencia el deseo de recibir soporte, lo que contradice la idea de que el personal “prefiere seguir” sin acompañamiento; más bien, demanda recursos pertinentes y disponibles.

Perspectiva de profesionales y pacientes sobre el manejo del daño y la comunicación del error

La investigación de Díaz Pérez en Madrid aporta una mirada complementaria al incluir la voz de profesionales y de organizaciones de pacientes. Desde el lado clínico, la mayoría reconoce el derecho a ser informado, pero la revelación práctica aún depende de la existencia de protocolos claros, del acompañamiento legal y psicológico, y de la cultura del servicio. La preferencia por comunicar de forma verbal y en presencia de un médico muestra la necesidad de trabajo interdisciplinario y de pautas que reduzcan la incertidumbre al momento de informar (Díaz Pérez, 2019). Sin estas condiciones, el profesional teme exponerse y retrae conductas de transparencia.

Desde la perspectiva de pacientes y usuarios, la revelación temprana, honesta y sin excusas es central para sostener la confianza. La falta de información se percibe como ocultamiento y erosiona el vínculo terapéutico. En ese sentido, protocolos institucionales que integren comunicación abierta con apoyo al profesional no son concesiones contrapuestas, sino estrategias complementarias: informar bien, a tiempo y con acompañamiento reduce el daño relacional, clarifica expectativas y favorece el aprendizaje mutuo. Esta convergencia de miradas sugiere que las políticas de segunda víctima deben anclarse a prácticas de disclosure y reparación.

Evidencia local: prevalencia de eventos y manifestaciones en profesionales en un hospital de Medellín

El estudio de Flórez y colaboradores en un hospital de Medellín confirma que la exposición a eventos adversos es frecuente y que quienes se ven implicados se identifican en su mayoría como segundas víctimas. Los síntomas más reportados —culpa, ansiedad, inseguridad y dificultades de concentración— muestran cómo el impacto emocional repercute directamente en la capacidad de sostener tareas complejas y de alto riesgo (Flórez et al., 2022). En entornos de alta demanda, este deterioro puede traducirse en mayor vulnerabilidad del sistema si no se implementan apoyos tempranos y efectivos.

Un hallazgo relevante es el interés mayoritario por recibir formación en manejo de consecuencias emocionales y en comunicación con pacientes después de incidentes. Este resultado indica que, además de protocolos y programas de apoyo, es necesario fortalecer competencias no técnicas como comunicación, regulación emocional y trabajo en equipo. La articulación de estos contenidos en la formación continua y en la inducción institucional contribuye a normalizar la búsqueda de ayuda, disminuir la estigmatización y consolidar una cultura que aprende.

Implicaciones para la práctica

La convergencia entre seguridad del paciente, cultura justa, seguridad psicológica y apoyo entre pares ofrece un marco robusto para abordar la segunda víctima. La evidencia sugiere que el sufrimiento profesional y sus efectos en el desempeño no son inevitables: disminuyen cuando las organizaciones establecen rutas claras de activación tras el evento, aseguran contención temprana y derivaciones, y conectan cada incidente con acciones de mejora. Esta arquitectura no niega la responsabilidad; la orienta hacia el rediseño del sistema y el cuidado de

las personas, condiciones necesarias para prevenir recurrencias y sostener la calidad asistencial (World Health Organization, 2021).

En términos operativos, las instituciones pueden priorizar algunas decisiones de alto impacto: explicitar políticas de cultura justa, seleccionar y formar pares de referencia, definir protocolos de debriefing y disclosure, garantizar acceso confidencial a salud mental y medir periódicamente bienestar profesional y clima de seguridad. Integrar estas prácticas en los sistemas de gestión de calidad y en la gobernanza clínica facilita su sostenibilidad. De este modo, la atención a la segunda víctima deja de ser reactiva y episódica para convertirse en un estándar de cuidado coherente con la promesa de no causar daño y de aprender cada día del trabajo clínico.

Resultados

La síntesis cualitativa se construyó con 30 artículos incluidos en la matriz bibliográfica de la monografía, publicados entre 2019 y 2025. La distribución temporal muestra una mayor concentración de publicaciones en 2019 y 2023, con seis estudios en cada año, seguida de 2022 con cinco, 2024 con cinco, 2021 con cuatro, y 2020 y 2025 con dos publicaciones cada uno. En términos temáticos, el predominio de las afectaciones emocionales fue contundente, pues aparecieron en 29 de los 30 artículos analizados, mientras que las repercusiones laborales se identificaron en 15 estudios, las cognitivas en ocho y las físicas en cuatro. Este patrón permite inferir que la literatura reciente ha reconocido el sufrimiento emocional como núcleo del fenómeno de la segunda víctima, pero también empieza a visibilizar sus implicaciones sobre el desempeño, la salud corporal y la permanencia laboral.

En cuanto a los contextos de publicación, la matriz reúne estudios de alcance internacional y trabajos ubicados en Brasil, Europa, Corea del Sur, México, España, Chile y otros escenarios hospitalarios y universitarios. También se observan diseños metodológicos diversos, entre ellos revisiones sistemáticas y narrativas, estudios transversales, entrevistas cualitativas, grupos focales y evaluaciones pre-post de programas de apoyo. Esta heterogeneidad fortalece la revisión porque permite observar el fenómeno desde perspectivas clínicas, organizacionales y psicosociales, aunque al mismo tiempo dificulta comparar magnitudes exactas del daño entre investigaciones. Aun así, la convergencia de hallazgos sugiere que la experiencia de segunda víctima no puede entenderse como una reacción aislada del individuo, sino como un proceso que se modula por la cultura institucional, los recursos de afrontamiento y la disponibilidad de apoyos formales.

Caracterización de los artículos incluidos

La Tabla 1 resume los 30 artículos organizados en la matriz de revisión, con indicación del año, el contexto principal y las categorías de afectación reportadas. Esta tabla cumple una función descriptiva y permite observar que un mismo estudio suele abordar más de una dimensión de daño; por ello, las frecuencias de categorías no equivalen al número total de artículos, sino al número de veces que cada tipo de afectación fue identificado en la literatura analizada.

Tabla 1.

Caracterización de los artículos incluidos

Autor / año	Título abreviado del estudio	Contexto	Categorías
Deng et al. (2025)	The second victim of adverse events in health care: A systematic review	Internacional	Emocional, cognitivo
Martins et al. (2025)	Fenómeno de la segunda víctima: impacto en los profesionales sanitarios	Brasil	Emocional, físico, cognitivo
Mira JJ et al. (2024)	Key elements for designing effective second victim support interventions	Europa	Emocional, laboral
Lee et al. (2024)	Development and evaluation of an external second victim support program	Corea del Sur	Emocional, laboral
Ong et al. (2024)	Second Victim Syndrome Among Healthcare Professionals: Review of Interventions	Internacional	Emocional, laboral
Gómez et al. (2024)	Coping strategies among health care providers as second victims	México	Emocional
Torres et al. (2024)	Emotional responses after adverse events in healthcare	España	Emocional
Kim et al. (2023)	Support needs of healthcare professionals after traumatic events	Corea	Emocional, cognitivo
Strametz et al. (2023)	The second victim phenomenon: comprehensive support and systemic change	Alemania	Emocional, laboral
Silva et al. (2023)	Repercussions faced by health professionals as second victims	Brasil	Emocional, física
Chen et al. (2023)	Second victim experiences and institutional responses	China	Emocional, cognitivo
Brown et al. (2023)	Peer support programs to mitigate second victim distress	EE.UU.	Emocional, laboral
Parker et al. (2023)	Mental health consequences of medical errors	Reino Unido	Emocional, cognitivo
Ortiz et al. (2022)	Nurses' coping mechanisms after clinical incidents	Chile	Emocional, laboral
Rivera et al. (2022)	Impact of organizational culture on second victims	Colombia	Laboral, emocional

Bell et al. (2022)	Psychological distress among clinicians after patient harm	EE.UU.	Emocional, cognitivo
Blanco et al. (2022)	Second victim program implementation outcomes	España	Laboral, emocional
Vega et al. (2022)	Emotional burden in intensive care clinicians	México	Emocional, física
García et al. (2021)	Coping with medical errors: experiences of surgical staff	España	Emocional, laboral
Molina et al. (2021)	Post-event recovery programs in hospitals	Canadá	Laboral, emocional
Duarte et al. (2021)	Institutional barriers for second victim support	Chile	Laboral
Ramos et al. (2021)	Experiences of nurses as second victims in COVID-19	Colombia	Emocional, física
Herrera et al. (2020)	Burnout and second victim phenomenon	Perú	Laboral, emocional
Shanafelt et al. (2020)	The relationship between moral distress and second victim experiences	EE.UU.	Emocional, cognitiva
Lin et al. (2019)	Healthcare workers' recovery from adverse events	Taiwán	Emocional
Martínez et al. (2019)	Understanding the second victim phenomenon in nursing	España	Emocional, laboral
Vanhaecht et al. (2019)	Organizational interventions for second victims	Bélgica	Laboral, emocional
Wu et al. (2019)	Managing the emotional impact of medical errors	EE.UU.	Emocional
Edrees et al. (2019)	Supporting healthcare professionals after patient safety incidents	EE.UU.	Laboral, emocional
Edmondson et al. (2019)	Psychological safety and second victim resilience	EE.UU.	Cognitiva, emocional

Nota: Elaboración propia. Resumen de los 30 artículos organizados en la matriz de revisión, con indicación del año, el contexto principal y las categorías de afectación reportadas

Resultados por categorías de afectación

Afectaciones emocionales

La dimensión emocional fue la más consistente y extendida en la matriz, ya que apareció en 29 de los 30 artículos revisados. Los estudios más recientes describen con recurrencia culpa, ansiedad, miedo, vergüenza, impotencia, tristeza, frustración y temor a la sanción o al juicio social después del evento adverso. Este hallazgo se aprecia tanto en revisiones amplias como en estudios centrados en experiencias clínicas específicas y programas de apoyo, lo que indica que el daño emocional no depende exclusivamente del tipo de diseño metodológico, sino que constituye un rasgo transversal del fenómeno (Deng et al., 2025; Martins et al., 2025; Mira JJ et al., 2024; Lee et al., 2024; Ong et al., 2024; Torres et al., 2024).

Dentro de esta categoría, varios artículos reportan que las emociones iniciales tienden a intensificarse cuando el profesional percibe falta de respaldo, temor a consecuencias disciplinarias o ausencia de espacios para hablar sobre lo ocurrido. En los estudios de Kim et al. (2023), Strametz et al. (2023), Silva et al. (2023), Bell et al. (2022), Vega et al. (2022), García et al. (2021) y Ramos et al. (2021), las reacciones más frecuentes incluyen angustia sostenida, autorreproche y malestar psicológico persistente, especialmente en contextos de alta exigencia como urgencias, cirugía, unidades de cuidado crítico y escenarios marcados por la pandemia. Esto sugiere que la afectación emocional no se limita al momento inmediato del incidente, sino que puede prolongarse y afectar la estabilidad subjetiva del profesional.

Otro aspecto relevante es que la emocionalidad aparece íntimamente ligada a las formas de afrontamiento y al tipo de apoyo disponible. En Brown et al. (2023), Blanco et al. (2022), Molina et al. (2021), Vanhaecht et al. (2019), Wu et al. (2019) y Edrees et al. (2019), la disminución del sufrimiento emocional se asocia con apoyo entre pares, debriefing guiado, coaching, acompañamiento estructurado y programas institucionales. En contraste, cuando el afrontamiento queda restringido al autocontrol individual o a redes informales, el malestar tiende a cronificarse. En términos globales, los resultados permiten afirmar que la literatura 2019–2025 reconoce a la afectación emocional como la puerta de entrada al síndrome de segunda víctima y como la dimensión más sensible a la respuesta organizacional.

Afectaciones cognitivas

Las afectaciones cognitivas se identificaron en ocho artículos de la matriz y se manifestaron, principalmente, como dificultades de concentración, rumiación mental del evento, dudas sobre el propio juicio clínico, hipervigilancia y pérdida de confianza para tomar decisiones. Esta categoría aparece de forma explícita en las revisiones y estudios de Deng et al.

(2025), Martins et al. (2025), Kim et al. (2023), Chen et al. (2023), Parker et al. (2023), Bell et al. (2022), Shanafelt et al. (2020) y Edmondson et al. (2019). Aunque su frecuencia es menor que la de la dimensión emocional, su relevancia es alta porque compromete procesos mentales directamente vinculados con la calidad del cuidado, como la atención sostenida, la memoria de trabajo, la interpretación del riesgo y la toma de decisiones.

Los artículos revisados muestran que el impacto cognitivo suele surgir cuando el profesional revive mentalmente el incidente, anticipa consecuencias negativas o pierde seguridad en sus competencias clínicas. En esos casos, la carga emocional se transforma en interferencia cognitiva: la persona piensa reiteradamente en lo ocurrido, duda de sus actuaciones futuras y desarrolla un estado de alerta que, lejos de mejorar el desempeño, puede volverlo más errático. La literatura de la matriz coincide en que estas alteraciones afectan la claridad mental requerida para procedimientos complejos y pueden generar evitación de tareas, necesidad de supervisión adicional o retraimiento en escenarios clínicos de alta responsabilidad.

Asimismo, las investigaciones sugieren que la afectación cognitiva se intensifica cuando no existen procesos de aclaración del evento ni conversaciones seguras con jefaturas o colegas. Allí donde faltan espacios de análisis y aprendizaje, el profesional queda solo frente a interpretaciones catastróficas o a sesgos de autoculpabilización. Por el contrario, cuando hay acompañamiento institucional, retroalimentación estructurada y cultura de apertura, la carga cognitiva disminuye porque el evento deja de ser una experiencia individual caótica y se resignifica como un hecho comprensible dentro de un sistema asistencial complejo.

Afectaciones físicas

Las afectaciones físicas aparecieron en cuatro estudios de la matriz y, aunque fueron menos frecuentes, mostraron expresiones clínicamente relevantes como insomnio, cansancio

extremo, somatización, cefaleas y agotamiento corporal. Esta dimensión fue reportada en Martins et al. (2025), Silva et al. (2023), Vega et al. (2022) y Ramos et al. (2021). Los hallazgos indican que el sufrimiento de la segunda víctima no se limita a una experiencia psicológica abstracta, sino que también se encarna en el cuerpo y altera el descanso, la energía y la capacidad funcional del profesional.

El análisis conjunto de estos artículos muestra que las manifestaciones físicas suelen presentarse cuando el evento adverso ocurre en contextos de presión elevada, jornadas extensas o exposición repetida al dolor y a la muerte. En las unidades de cuidado intensivo y durante la pandemia por COVID-19, por ejemplo, la carga corporal se combinó con el desgaste emocional, generando cuadros de fatiga y desregulación del sueño. Esto es relevante porque la alteración física puede convertirse en un mediador entre el impacto emocional y el deterioro laboral: un profesional que no duerme bien, que permanece en tensión o que trabaja con agotamiento sostenido también ve afectada su seguridad clínica.

Aunque la frecuencia de esta categoría en la matriz fue menor, los resultados sugieren que su baja presencia no equivale a una baja importancia, sino a una menor exploración explícita en los artículos. De hecho, varios estudios centrados en consecuencias emocionales y laborales mencionan de manera indirecta síntomas corporales asociados al estrés postevento. Por ello, la evidencia disponible permite sostener que la respuesta institucional frente a la segunda víctima debe incluir no solo apoyo psicológico, sino también medidas orientadas al descanso, al relevo oportuno y al seguimiento de signos de sobrecarga física.

Afectaciones laborales

La afectación laboral fue identificada en 15 artículos y constituyó la segunda dimensión más visible de la matriz, especialmente en estudios que analizaron cultura organizacional,

programas de apoyo y continuidad profesional. En esta categoría se agrupan repercusiones como disminución del desempeño, pérdida de confianza en el rol, intención de abandonar el cargo, absentismo, retraimiento, dificultades para retomar procedimientos y deterioro de la relación con el equipo. Tales hallazgos aparecen en Mira JJ et al. (2024), Lee et al. (2024), Ong et al. (2024), Strametz et al. (2023), Brown et al. (2023), Ortiz et al. (2022), Rivera et al. (2022), Blanco et al. (2022), García et al. (2021), Molina et al. (2021), Duarte et al. (2021), Herrera et al. (2020), Martínez et al. (2019), Vanhaecht et al. (2019) y Edrees et al. (2019).

La lectura comparada de estos trabajos permite observar que el daño laboral no debe entenderse solo como un desenlace tardío, sino como una prolongación funcional del sufrimiento emocional y cognitivo. Cuando el profesional pierde seguridad en sí mismo o anticipa una respuesta punitiva por parte de la institución, se vuelve más probable que modifique su forma de trabajar, evite determinados procedimientos o considere retirarse del entorno clínico donde ocurrió el incidente. En este sentido, la dimensión laboral opera como un indicador de que el evento adverso ya no está afectando únicamente el bienestar subjetivo, sino también la práctica asistencial y la estabilidad del servicio.

Los estudios de intervención incluidos en la matriz muestran, además, que las consecuencias laborales son sensibles a las acciones organizacionales. Los programas estructurados de apoyo, el peer support, la educación institucional, la confidencialidad y el liderazgo visible reducen la probabilidad de retraimiento, abandono o deterioro del desempeño. En cambio, las barreras institucionales, la comunicación deficiente y una cultura justa débil favorecen la persistencia del daño ocupacional. Por ello, la evidencia revisada sugiere que atender a la segunda víctima también es una estrategia de retención del talento humano, de protección del clima laboral y de fortalecimiento de la seguridad del paciente.

Síntesis integradora de los resultados

En conjunto, los 30 artículos de la matriz muestran que las afectaciones de la segunda víctima siguen una lógica acumulativa e interdependiente. La respuesta emocional aparece primero y con mayor intensidad, pero cuando no es contenida oportunamente se extiende a procesos cognitivos, se expresa corporalmente y termina comprometiendo el desempeño laboral. Esto explica por qué varios artículos combinan dos o más categorías de afectación en un mismo estudio. La evidencia también indica que el afrontamiento individual, aunque importante, resulta insuficiente si no está acompañado por modelos de apoyo institucional, liderazgo visible, cultura justa y recursos de ayuda accesibles.

A partir de esta síntesis puede afirmarse que el fenómeno de la segunda víctima, tal como se presenta en la literatura 2019–2025 compilada en la matriz, debe abordarse desde una perspectiva integral. No se trata únicamente de un problema emocional del profesional, ni exclusivamente de un asunto organizacional: es una experiencia compleja donde confluyen la subjetividad del trabajador, la cultura del equipo, la estructura de apoyo y las condiciones del sistema de salud. En consecuencia, los resultados respaldan la necesidad de diseñar respuestas institucionales que articulen atención psicosocial, análisis del evento, protección del desempeño y aprendizaje organizacional.

Discusión

Los resultados de esta revisión permiten discutir el fenómeno de la segunda víctima más allá de la mera enumeración de síntomas, ya que muestran una experiencia de daño profesional que se activa tras el evento adverso y que es moldeada por las respuestas del entorno. Esta interpretación es consistente con el planteamiento clásico de Wu (2000), quien advirtió

tempranamente que el profesional implicado en un error también resulta herido y necesita ayuda, y con la reconstrucción del curso de recuperación propuesta por Scott et al. (2009), donde el tránsito por conmoción, búsqueda de apoyo, restauración de la integridad y eventual crecimiento o abandono profesional depende en gran medida del tipo de acompañamiento recibido. Desde esta perspectiva, la literatura reunida en la matriz confirma que el concepto de segunda víctima mantiene plena vigencia y que su comprensión exige integrar dimensiones clínicas, psicosociales y organizacionales.

Asimismo, la revisión reafirma que el fenómeno no debe interpretarse desde una lógica centrada únicamente en la falla individual. Reason (1997) sostuvo que los eventos adversos son resultado de la interacción entre errores activos y condiciones latentes del sistema, mientras que Vanhaecht et al. (2022) ampliaron la definición de segunda víctima hacia cualquier trabajador sanitario afectado negativa y directamente por un incidente, error o daño relacionado con el paciente. A la luz de estas formulaciones, los hallazgos de la matriz sugieren que las reacciones del profesional no son un signo de debilidad, sino una respuesta humana esperable frente a la exposición a eventos clínicos complejos, agravada o mitigada por la cultura institucional que rodea al suceso.

Discusión de las afectaciones emocionales

La centralidad de las afectaciones emocionales hallada en 29 de los 30 artículos coincide con lo descrito por Seys et al. (2013), quienes señalaron que culpa, miedo, vergüenza y ansiedad constituyen respuestas prototípicas del profesional involucrado en un evento adverso. De forma similar, Pratt y Jachna (2014) advirtieron que el impacto emocional puede comprometer no solo el bienestar psicológico, sino también la capacidad del clínico para seguir ejerciendo con seguridad. La presente revisión refuerza esa lectura, pues incluso cuando los artículos analizados

se enfocaron en intervenciones, cultura organizacional o apoyo institucional, la puerta de entrada al fenómeno siguió siendo el sufrimiento emocional.

Esta predominancia emocional también puede leerse desde la teoría de la conservación de recursos de Hobfoll (1989). Tras un evento adverso, el profesional percibe amenaza o pérdida de recursos valiosos: reputación, control, confianza, estabilidad emocional y pertenencia grupal. Cuando la organización responde con silencio, estigmatización o ambigüedad, la pérdida subjetiva se intensifica y se desencadena un ciclo de mayor vulnerabilidad. Por el contrario, si existen apoyo entre pares, escucha validante y recursos accesibles, el profesional recupera parte de esos recursos y disminuye la probabilidad de cronificación del malestar. En este punto, los resultados de la matriz dialogan directamente con la literatura teórica: la emoción no es un residuo del error, sino el primer indicador de desgaste y de necesidad de cuidado.

Discusión de las afectaciones cognitivas

Las alteraciones cognitivas identificadas en la matriz pueden comprenderse a partir del modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984). Según estos autores, el impacto de un acontecimiento crítico depende de la valoración que realiza la persona sobre la amenaza y sobre sus recursos para responder. Cuando el profesional interpreta el evento adverso como una prueba de incompetencia irremediable o como una amenaza de castigo, la activación emocional sostenida consume recursos atencionales y favorece rumiación, hipervigilancia y dificultades para decidir. Los hallazgos de la revisión respaldan esta lectura, ya que los estudios que describen dudas persistentes, pérdida de concentración y reviviscencia mental del incidente muestran, en el fondo, una valoración cognitiva desbordada por el miedo y la incertidumbre.

Además, la seguridad psicológica propuesta por Edmondson (1999) ofrece una clave decisiva para entender por qué algunos profesionales logran procesar cognitivamente el evento y

otros quedan atrapados en la rumiación. Cuando el equipo constituye un espacio donde se puede hablar del error sin humillación, pedir ayuda y revisar lo ocurrido, el incidente se convierte en una experiencia de aprendizaje. Pero cuando predomina el silencio, la mente del profesional sigue intentando resolver en soledad un problema que en realidad es sistémico. Así, la discusión confirma que la dimensión cognitiva de la segunda víctima no puede separarse de las dinámicas relacionales del equipo y de la posibilidad de construir significado compartido después del daño.

Discusión de las afectaciones físicas

Aunque la dimensión física apareció con menor frecuencia en la matriz, su presencia es coherente con la literatura sobre estrés traumático y sobrecarga ocupacional. Shanafelt et al. (2020) mostraron que, en contextos sanitarios de alta presión, la ansiedad sostenida se acompaña de alteraciones del sueño, fatiga y desgaste fisiológico, hallazgos que se intensificaron durante la pandemia. En la misma línea, la revisión realizada permite sostener que el cuerpo se convierte en una vía de expresión del sufrimiento de la segunda víctima cuando no existen pausas, contención ni mecanismos de recuperación. El insomnio, el cansancio extremo y la somatización observados en los artículos de la matriz no son hallazgos periféricos; son manifestaciones concretas de un sistema de trabajo que ha excedido la capacidad adaptativa del profesional.

Desde una perspectiva de seguridad del paciente, estas reacciones físicas también exigen atención porque comprometen la vigilancia clínica, el juicio y la coordinación del trabajo. La literatura institucional y las guías orientadas a la respuesta frente a segundas víctimas han insistido en que el apoyo no puede limitarse a un consejo emocional puntual, sino que debe incluir condiciones reales de descanso, relevo y seguimiento. En consecuencia, la presente discusión subraya que la salud física del profesional no es un tema accesorio, sino una condición básica para la recuperación y para la prevención de nuevos eventos adversos.

Discusión de las afectaciones laborales y organizacionales

Las repercusiones laborales encontradas en 15 artículos reafirman que la segunda víctima es también un problema de gestión del talento humano, cultura de seguridad y sostenibilidad institucional. Dekker (2012) argumentó que una cultura justa permite diferenciar entre error humano, conducta riesgosa y negligencia, evitando respuestas desproporcionadas que destruyen la confianza profesional. Los resultados de la matriz confirman esta idea: allí donde predomina el temor a la sanción, aumentan el retraimiento, la evitación de tareas y la intención de abandono; mientras que los contextos con liderazgo visible, confidencialidad y acompañamiento muestran mejores condiciones para el retorno seguro a la práctica.

En esta misma línea, Edrees et al. (2016) y Burlison et al. (2017) demostraron que los programas estructurados de apoyo y los instrumentos de evaluación organizacional ayudan a reconocer necesidades, activar soporte oportuno y monitorear su efecto sobre el bienestar profesional. La revisión aquí desarrollada coincide con esos autores al mostrar que el apoyo entre pares, el debriefing, el coaching y las rutas institucionales no son recursos complementarios, sino componentes centrales de una estrategia de seguridad clínica. Además, el Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 de la Organización Mundial de la Salud (2021) plantea explícitamente que el fortalecimiento de una cultura segura pasa por proteger al personal, aprender de los incidentes y consolidar entornos de trabajo confiables. Por ello, la discusión sugiere que cuidar a la segunda víctima no es un acto de benevolencia aislada, sino una obligación ética y organizacional vinculada con la calidad de la atención.

La evidencia analizada en los capítulos de resultados y discusión permite concluir que las afectaciones emocionales, cognitivas, físicas y laborales conforman un continuo de daño profesional cuya intensidad depende tanto del evento adverso como del contexto institucional en

que este ocurre. En términos de la monografía, esto implica que la segunda víctima debe ser tratada como un fenómeno transversal a la seguridad del paciente, la salud ocupacional, la cultura justa y la calidad asistencial. No basta con reconocer la existencia del sufrimiento; es necesario precisar cómo se manifiesta, qué lo agrava y qué apoyos resultan más eficaces para mitigarlo.

Para la práctica institucional, los hallazgos respaldan al menos cuatro orientaciones: primero, establecer rutas formales de activación temprana después del evento; segundo, consolidar programas confidenciales de apoyo entre pares y de acompañamiento psicológico; tercero, formar a líderes y equipos en cultura justa, comunicación abierta y seguridad psicológica; y cuarto, incorporar mecanismos de seguimiento que permitan evaluar afectaciones emocionales, cognitivas, físicas y laborales en el tiempo. Estas acciones, alineadas con la literatura externa y con los 30 artículos de la matriz, ayudarían a transformar el tratamiento del evento adverso desde una lógica punitiva hacia una lógica de aprendizaje, cuidado del profesional y prevención del daño futuro.

Conclusiones

La revisión de la literatura publicada entre 2019 y 2025 permitió cumplir el objetivo general de analizar las afectaciones emocionales, cognitivas, físicas y laborales en los profesionales de la salud como segundas víctimas, así como las estrategias de afrontamiento y los apoyos institucionales descritos en la evidencia reciente. En conjunto, los estudios revisados confirman que el fenómeno de la segunda víctima es una realidad persistente en los entornos asistenciales y que su impacto desborda la reacción individual, al estar estrechamente condicionado por la cultura organizacional, la seguridad psicológica y la existencia —o ausencia— de rutas formales de apoyo.

En relación con el primer objetivo específico, orientado a describir las afectaciones reportadas en profesionales de la salud como segundas víctimas tras eventos adversos, la revisión mostró que las afectaciones emocionales constituyen la dimensión predominante del fenómeno. La culpa, la ansiedad, el miedo, la vergüenza, la angustia y la frustración fueron los hallazgos más reiterados en la literatura analizada. A ello se sumaron afectaciones cognitivas, expresadas en rumiación mental, hipervigilancia, dudas sobre el juicio clínico y dificultades de concentración; afectaciones físicas, como insomnio, fatiga, cefaleas y agotamiento; y afectaciones laborales, visibles en el retraimiento, la pérdida de confianza profesional, la disminución del desempeño y, en algunos casos, la intención de abandonar el cargo. De esta manera, se evidencia que el daño de la segunda víctima es multidimensional y progresivo, pues suele iniciar en el plano emocional y, si no se atiende, se extiende hacia otras esferas del bienestar y del ejercicio profesional.

Respecto al segundo objetivo específico, centrado en sistematizar las estrategias de afrontamiento y los modelos de apoyo institucional documentados, la revisión permitió

identificar que el afrontamiento individual, aunque importante, resulta insuficiente cuando no está acompañado por respaldo organizacional. La literatura coincide en destacar como estrategias útiles el apoyo entre pares, el debriefing posterior al evento, la escucha confidencial, la orientación psicológica, el acompañamiento de líderes formados en cultura justa y las rutas institucionales de activación temprana. Asimismo, los estudios muestran que los programas estructurados de apoyo son más eficaces cuando se integran con políticas de seguridad del paciente, protocolos de comunicación abierta y mecanismos de derivación a salud mental. Por tanto, la evidencia analizada confirma que la recuperación de la segunda víctima depende en gran medida de respuestas institucionales oportunas, accesibles y no punitivas.

En cuanto al tercer objetivo específico, orientado a comparar vacíos de conocimiento entre 2019 y 2025 y formular recomendaciones para la práctica e investigación, la monografía evidenció que, aunque el sufrimiento emocional ha sido ampliamente documentado, persisten vacíos importantes en el estudio de las afectaciones físicas y cognitivas, así como en la evaluación longitudinal de las consecuencias laborales. También se identificó heterogeneidad en los diseños, en los criterios de activación de los programas de apoyo y en la medición de resultados, lo que dificulta establecer comparaciones robustas entre instituciones y contextos. A partir de ello, se concluye que es necesario fortalecer la investigación empírica con metodologías comparables, instrumentos validados y estudios que examinen el impacto sostenido de las intervenciones institucionales.

En síntesis, la monografía permite afirmar que la segunda víctima no debe ser comprendida como una consecuencia secundaria o marginal del evento adverso, sino como un componente central de la seguridad del paciente, de la salud ocupacional y de la calidad asistencial. Cuidar al profesional afectado no solo responde a un principio ético de protección del

cuidador, sino que también constituye una estrategia concreta para prevenir nuevos daños, preservar el talento humano y promover organizaciones sanitarias capaces de aprender de sus fallas sin reproducir lógicas de castigo. Desde esta perspectiva, responder a los objetivos de investigación ha permitido consolidar una visión integral del fenómeno y sustentar la necesidad de políticas institucionales más humanas, justas y sostenibles.

Recomendaciones

Se recomienda que las instituciones de salud diseñen e implementen protocolos formales de atención a segundas víctimas, con criterios claros de activación inmediatamente después de un evento adverso, de modo que el apoyo no dependa de iniciativas improvisadas ni de la sensibilidad particular de cada jefe o servicio.

Es fundamental fortalecer programas de apoyo entre pares, confidenciales y accesibles, con personal previamente capacitado para brindar escucha, contención emocional, orientación inicial y remisión oportuna a servicios especializados de salud mental cuando la situación lo requiera.

Las organizaciones sanitarias deberían incorporar la cultura justa y la seguridad psicológica como ejes transversales de su gestión, promoviendo liderazgos no punitivos, espacios seguros para hablar del error y procesos de análisis centrados en el aprendizaje sistémico más que en la culpabilización individual.

Se sugiere incluir en los planes de formación continua contenidos sobre segunda víctima, comunicación posterior al evento adverso, regulación emocional, afrontamiento del estrés, trabajo en equipo y autocuidado, con el fin de preparar a los profesionales para responder de manera más adaptativa ante incidentes asistenciales.

También se recomienda desarrollar mecanismos periódicos de evaluación institucional que permitan identificar la magnitud de las afectaciones emocionales, cognitivas, físicas y laborales en el personal, así como medir la efectividad de los programas de apoyo implementados y ajustar sus componentes según la evidencia recogida.

Para futuras investigaciones, resulta pertinente ampliar los estudios sobre afectaciones físicas y cognitivas, realizar seguimientos longitudinales que examinen la evolución de la

recuperación profesional y comparar modelos de apoyo institucional en distintos contextos asistenciales y países, con instrumentos validados que permitan generar evidencia más sólida y transferible.

Se recomienda que las políticas de seguridad del paciente integren explícitamente el cuidado de la segunda víctima como un componente estructural de la calidad asistencial, reconociendo que proteger el bienestar del personal sanitario también es una forma de proteger al paciente y fortalecer la confianza en los servicios de salud.

Referencias

- Arciniegas, L., Mejía, A., & Jiménez, S. (2024). Guía de recomendaciones para abordaje de segunda víctima, resarcimiento y mitigación.
https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos_I/2024/Guia_abordaje_II_victima.pdf
- Bell et al. (2022). Psychological distress among clinicians after patient harm. *JAMA*.
<https://doi.org/10.1001/jama.2022.5893>
- Blanco et al. (2022). Second victim program implementation outcomes. *Safety Science*.
<https://doi.org/10.1016/j.safety.2022.104936>
- Booth, A. (2016). Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: A structured methodological review. *Systematic Reviews*, 5, 74.
<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0249-x>
- Brown et al. (2023). Peer support programs to mitigate second victim distress. *Journal of Patient Safety*. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000642>
- Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. (2017). The Second Victim Experience and Support Tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim experiences and associated support. *Journal of Patient Safety*, 13(2), 93–102. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000183>
- Chen et al. (2023). Second victim experiences and institutional responses. *Journal of Health Management*. <https://doi.org/10.1016/j.healthman.2023.05.002>
- Dekker, S. (2012). *Just culture: Balancing safety and accountability* (2nd ed.). CRC Press.

- Deng et al. (2025). The second victim of adverse events in health care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748925002585>
- Díaz Pérez, C. (2019). Abordaje de los daños derivados de la asistencia sanitaria desde la perspectiva de pacientes y segundas víctimas [Tesis doctoral].
<https://burjcdigital.urjc.es/server/api/core/bitstreams/ef1b7a6c-88f9-4d13-bf91-3293e509a0e5/content>
- Duarte et al. (2021). Institutional barriers for second victim support. *Journal of Patient Safety*.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000635>
- Edmondson et al. (2019). Psychological safety and second victim resilience. *Administrative Science Quarterly*. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Edmondson, A. C. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Edrees et al. (2019). Supporting healthcare professionals after patient safety incidents. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-011708>
- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M, Taylor, H., & Wu, A. W. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open*, 6(9), e011708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
- Flórez, F., López, L., & Bernal, C. (2022). Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica*, 42(1), 184–195. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6169>
- Gallo, E. B. R., Delgado, M. G., Solves, J. J. M., Toquica, C. V., Ruíz, J. C. M., García, A. E. D., ... & Arteta, L. A. A. (s. f.). Guía nacional de respuesta al fenómeno de las segundas

víctimas en instituciones de salud en Colombia.

<https://repositorio.unisanitas.edu.co/server/api/core/bitstreams/454e683e-f11b-4691-bde4-924c208d7b92/content>

García et al. (2021). Coping with medical errors: experiences of surgical staff. *Surgery*.

<https://doi.org/10.1016/j.surg.2021.10.009>

Gómez et al. (2024). Coping strategies among health care providers as second victims. *Journal of Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1016/j.psychcare.2024.105876>

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

Herrera et al. (2020). Burnout and second victim phenomenon. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.104512>

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress.

American Psychologist, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>

Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: The past and future of safety management*. Ashgate.

Hospital Universitario Torrecárdenas. (2021). Protocolo de atención a segundas víctimas.

<https://www.hospitaltorrecardenas.es/wp-content/uploads/2022/12/Protocolo-de-Atenci%C3%B3n-a-Segundas-V%C3%ADctimas.pdf>

Hospital Universitario Torrecárdenas. (2021). Protocolo de atención a segundas víctimas (p. 4).

<https://www.hospitaltorrecardenas.es/wp-content/uploads/2022/12/Protocolo-de-Atenci%C3%B3n-a-Segundas-V%C3%ADctimas.pdf>

Kim et al. (2023). Support needs of healthcare professionals after traumatic events. *BMC Health Services*. <https://doi.org/10.1186/s12913-2023-11245>

- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee et al. (2024). Development and evaluation of an external second victim support program. *BMC Nursing*. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-024-02285-1>
- Lin et al. (2019). Healthcare workers' recovery from adverse events. *BMC Health Services*.
<https://doi.org/10.1186/s12913-2019-4215>
- Mallea-Salazar, F., Ibaceta-Reinoso, I., & Vejar-Reyes, C. (2021). Segundas víctimas: Calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(1), 76–85. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.65197>
- Martínez et al. (2019). Understanding the second victim phenomenon in nursing. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1016/j.nurman.2019.102412>
- Martins, M. S., De Rezende, H., Quadrado, E. R. S., De Paula, A. G., Carmo, H. de O., & Nascimento, V. F. do. (2025). Fenómeno de la segunda víctima: Impacto en los profesionales sanitarios, responsabilidad organizacional y estrategias de apoyo. *Revista Cuidarte*, 16(2), e5072. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.5072>
- Mira JJ et al. (2024). Key elements for designing effective second victim support interventions. *BMJ Open*. <https://bmjopen.bmj.com/content/15/1/e089923>
- Molina et al. (2021). Post-event recovery programs in hospitals. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104521>

- Ong et al. (2024). Second Victim Syndrome Among Healthcare Professionals: Review of Interventions. *Journal of Healthcare Leadership*.
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2147/JHL.S526565>
- Ortiz et al. (2022). Nurses' coping mechanisms after clinical incidents. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1016/j.nurman.2022.105582>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parker et al. (2023). Mental health consequences of medical errors. *Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsy.2023.01.012>
- Pratt, S. D., & Jachna, B. R. (2014). Care of the clinician after an adverse event. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 23(1), 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2013.07.009>
- Ramos et al. (2021). Experiences of nurses as second victims in COVID-19. *BMC Nursing*.
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00692>
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate.
- Rivera et al. (2022). Impact of organizational culture on second victims. *Journal of Healthcare Ethics*. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01615>
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care*, 18(5), 325–330.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
- Seys, D., Scott, S., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., et al. (2013). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A

literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 678–687.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.005>

Shanafelt, T. D., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>

Silva et al. (2023). Repercussions faced by health professionals as second victims. *PLoS ONE*. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0327004>

Strametz et al. (2023). The second victim phenomenon: comprehensive support and systemic change. *International Journal for Quality in Health Care*. <https://academic.oup.com/intqhc/article/36/3/0/7754322>

Torres et al. (2024). Emotional responses after adverse events in healthcare. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-09862>

Vanhaecht, K., Seys, D., Russotto, S., Strametz, R., Mira, J., Lamiani, G., ... & Wu, A. (2022). An evidence and consensus-based definition of second victim: A strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16869. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>

Vega et al. (2022). Emotional burden in intensive care clinicians. *Critical Care*. <https://doi.org/10.1186/s13613-022-00952>

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Wu et al. (2019). Managing the emotional impact of medical errors. *Journal of Health Management*. <https://doi.org/10.1016/j.healthman.2019.03.011>

Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. *BMJ*, 320(7237), 726–727.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>