

Cuando el que cura queda herido

Las segundas víctimas del evento adverso

Dra. Martina Delás

Médica, Universidad de Buenos Aires. Médica anestesióloga certificada, FAAAAAR / Academia Nacional de Medicina.

Especialista en Medicina Legal. Diplomada en Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente.

Diplomada en Habilidades No Técnicas en Salud.

Resumen. Cuando un paciente sufre un daño evitable, la respuesta asistencial, administrativa y judicial se organiza, con toda razón, alrededor del paciente y su familia, que constituyen la primera víctima del evento. Sin embargo, existe una segunda persona dañada por el mismo hecho, y el sistema rara vez la registra: el profesional involucrado. La literatura acumulada desde el año 2000 muestra que ese impacto no es una reacción pasajera ni un signo de fragilidad individual, sino un cuadro de alta prevalencia con expresión psicológica, física y ocupacional, capaz de comprometer la seguridad del paciente siguiente. Esta revisión recorre la construcción histórica del concepto de **segunda víctima**, describe la sintomatología documentada y la trayectoria de recuperación en seis fases descripta por Scott, presenta el instrumento estandarizado de evaluación organizacional (SVEST) y compara las cuatro grandes escuelas internacionales de respuesta: la americana, la escandinava, la española y el consenso europeo. Se argumenta que el cuidado del profesional que se equivoca no es un gesto de indulgencia corporativa, sino una condición estructural de la seguridad asistencial.

Palabras clave: segunda víctima; seguridad del paciente; evento adverso; error médico; cultura justa; apoyo entre pares.

Abstract. When a patient is harmed, the clinical, administrative and legal response is rightly organised around the patient and the family, who are the first victim of the event. Yet a second person is injured by the same event, and health systems seldom acknowledge it: the clinician involved. Evidence accumulated since 2000 shows that this impact is neither transient nor a marker of individual weakness, but a highly prevalent condition with psychological, physical and occupational expression, capable of compromising the safety of the next patient. This review traces the historical construction of the second victim concept, describes the documented symptomatology and Scott's six-stage recovery trajectory, presents the standardised organisational assessment instrument (SVEST), and compares the four major international schools of response: American, Scandinavian, Spanish and the European consensus. It argues that caring for the clinician who errs is not corporate indulgence, but a structural requirement of patient safety.

Keywords: second victim; patient safety; adverse event; medical error; just culture; peer support.

La escena que nadie registra

Termina el procedimiento. El paciente ya no está. En el quirófano quedan el instrumental sin ordenar, la hoja de anestesia a medio completar y una persona que dentro de un rato tendrá que entrar a otra sala y volver a hacer exactamente lo mismo. Nadie le pregunta cómo está. La institución, en cambio, ya se puso en movimiento: hay una historia clínica que resguardar, una familia a la que informar, un comité que convocar y, con alguna probabilidad, un expediente que se abrirá en los meses siguientes.

La medicina contemporánea funciona como un sistema complejo: multiplicidad de fármacos y procedimientos, presión de tiempo, fragmentación de la atención, jerarquías rígidas y responsabilidades no siempre bien delimitadas. La incertidumbre no es allí una anomalía sino la regla. Desde Error es humano, en 1999, sabemos que el daño asociado a la atención sanitaria es un problema de salud pública de primera magnitud, comparable en carga a las principales causas de morbilidad.(1,2)

El movimiento por la seguridad del paciente organizó su respuesta alrededor de la primera víctima, y lo hizo bien. Pero mantiene una deuda con quienes estaban del otro lado del error. Repetimos que somos humanos y podemos equivocarnos, y a la vez sostenemos una expectativa tácita de infalibilidad. Cuando

el error ocurre, la reacción institucional más frecuente sigue siendo la más antigua: investigar, señalar, sancionar y prometer que no volverá a suceder. Reason describió ese reflejo como el enfoque de la persona y advirtió, hace veinticinco años, que es además de injusto epistemológicamente inútil.(3)

De Hilfiker a ERNST: cómo se construyó el problema

El primer testimonio publicado no vino de la investigación sino de la confesión. En 1984, David Hilfiker relató en el New England Journal of Medicine las consecuencias de un error obstétrico propio y, sobre todo, el silencio que lo rodeó.(4) Lo notable de su texto no es el error, sino el diagnóstico cultural: el silencio de la comunidad médica no expresaba falta de compasión, sino incapacidad para tramitar su propia falibilidad.

Dieciséis años más tarde, Albert Wu le dio nombre al fenómeno. En un editorial del British Medical Journal de 2000 acuñó el término **segunda víctima** a partir de lo que había visto en un compañero de residencia tras un error fatal: aislamiento, estigmatización y ausencia de empatía. Cerró aquel texto con una interpelación a las instituciones, no a los individuos.(5)

La definición operativa más aceptada llegó desde la Universidad de Missouri. A partir de cientos de entrevistas, el equipo liderado por Sue Scott definió a las **segundas víctimas** como **los profesionales implicados en un evento adverso inesperado, un error o una lesión relacionada con el paciente, que quedan traumatizados por el hecho, se sienten personalmente responsables de la evolución y terminan cuestionando su competencia y su base de conocimientos**.(6)

En 2007 Charles Denham incorporó al cuadro un tercer damnificado: la propia institución, tercera víctima del episodio, que tras un evento adverso grave pierde prestigio, confianza pública y moral interna, ve caer la retención de su personal formado y llega debilitada a cualquier instancia judicial, porque un profesional que no se sintió acompañado es un pésimo aliado en su propia defensa. Denham formuló además cinco derechos que se recuerdan con el acrónimo **TRUST**: Treatment, trato justo y no punitivo; Respect, respeto; Understanding, comprensión y compasión; Supportive care, apoyo y cuidado; y Transparency, transparencia y oportunidad de contribuir al aprendizaje.(7) El último de los cinco es el más resistido y el más productivo: permitir que quien estuvo involucrado participe del análisis del caso no sólo mejora la investigación, también repara.

El cierre conceptual es reciente. El consorcio europeo ERNST, constituido en septiembre de 2020 bajo la acción COST CA19113 con investigadores de una treintena de países, elaboró una definición por consenso que amplía deliberadamente el alcance: **es segunda víctima cualquier trabajador de la salud involucrado de manera directa o indirecta en un incidente de seguridad y afectado a nivel personal, psicológico o profesional**.(8) La ampliación no es retórica: incorpora a enfermería, farmacia, camilleros y administrativos, es decir, a todos los que sufren y a quienes hasta hace poco nadie contaba.

Qué le pasa, concretamente, al profesional

La exposición es masiva. Se estima que entre el 69 % y el 77 % de los profesionales asistenciales se verán involucrados en un evento adverso grave a lo largo de su carrera, y alrededor del 15 % atraviesa esa experiencia cada año. El estudio nacional español coordinado por Mira encontró que el 62 % de los profesionales de atención primaria y el 72 % de los de hospital habían vivido de cerca el fenómeno en los cinco años previos.(9) En la propia institución de Scott, uno de cada siete integrantes del sistema reportó al menos un evento que le había causado ansiedad, depresión o dudas sobre su competencia, y el 68 % de ellos no recibió ningún tipo de apoyo institucional.(6) En la encuesta más amplia realizada sobre el tema, con más de tres mil médicos de Estados Unidos y Canadá, el 90 % calificó de insuficiente el apoyo recibido de su institución.(10)

El metaanálisis de Busch y colaboradores, sobre 18 estudios y 11.649 profesionales, ordenó la sintomatología en tres dimensiones.(11) La psicológica es la dominante: recuerdos intrusivos, ansiedad

anticipatoria por cometer nuevos errores, ira contra uno mismo, remordimiento y culpa. La física es la que menos se nombra y la que más se nota en la atención del paciente siguiente: insomnio, fatiga, tensión muscular, náuseas, temblor fino, disnea y taquicardia. La tercera es la ocupacional, y es la que debería preocupar a los directivos y gestores de cualquier institución: cerca del 79 % refiere dificultad para concentrarse, y quienes atraviesan el cuadro duplican la probabilidad de presentar agotamiento profesional y de querer dejar su puesto.

Conviene detenerse en la consecuencia menos intuitiva. West y colaboradores mostraron, en residentes seguidos de manera prospectiva, que el error percibido como propio se asocia a menor calidad de vida, más agotamiento y más síntomas depresivos, y que quienes desarrollan burnout reportan más errores en los meses siguientes.(12) El circuito se retroalimenta: el error produce angustia y la angustia produce error. Interrumpirlo es, por definición, una intervención de seguridad del paciente.

Conviene no reducir el problema a los médicos. En enfermería el patrón emocional es el mismo, pero se suma un temor específico y bien fundado a la sanción disciplinaria y a la pérdida del empleo: cerca de una quinta parte del personal admite no haber notificado un error de medicación por miedo a ser sancionado.(13) Un sistema de notificación construido sobre profesionales que temen represalias no produce aprendizaje: produce silencio. Hay además un mecanismo que explica por qué esto no se apaga con el tiempo: el triggering. Basta un estímulo externo asociado al episodio —el mismo box, el mismo diagnóstico, el nombre del paciente— para que el profesional vuelva a experimentar la sintomatología física y psicológica original, meses o años después. Y se agrega un factor que no figura en ninguna estadística: la dinámica que la literatura llama de la letra escarlata. El profesional percibe que todos comentan el caso a sus espaldas y que nadie lo habla con él. La evitación de los colegas —a menudo bienintencionada, hija del no saber qué decir— funciona objetivamente como exclusión.

El impacto tampoco se distribuye de manera uniforme. Un estudio fenomenológico realizado en Suiza con médicas residentes de medicina interna describió una doble vulnerabilidad: la percepción de que los varones se muestran menos afectados alimenta el temor a ser catalogadas como emocionales o débiles en un entorno que confundió frialdad técnica con competencia.(14) Como su estrategia principal de afrontamiento es hablar de lo ocurrido, cuando el servicio no ofrece un espacio seguro para hacerlo el resultado documentado es represión emocional y aislamiento. La jerarquía y el género no modifican la magnitud del trauma, pero sí la posibilidad de tramitarlo.

La trayectoria de recuperación

El aporte más útil del grupo de Missouri fue mostrar que este sufrimiento tiene una historia natural previsible (Figura 1).(6) Saber en qué fase está una persona permite darle lo que necesita, y no lo que a la institución le resulta más cómodo ofrecer. La secuencia no siempre es lineal ni todos atraviesan las seis fases, pero el mapa orienta.



Figura 1. Trayectoria natural de recuperación de la segunda víctima. Adaptado de Scott y colaboradores (2009).

Las tres primeras fases se superponen y ocurren en las horas y días inmediatos. **Caos y respuesta al accidente:** se sigue atendiendo a un paciente inestable mientras se toma conciencia de lo ocurrido. **Reflexiones intrusivas:** los pensamientos vuelven al llegar a casa como un interrogatorio circular, qué omití, por qué decidí eso. **Restauración de la integridad personal:** la búsqueda de alguien de confianza para poner en palabras lo sucedido. La duración de esta última depende casi por completo del clima del propio servicio.

La cuarta fase es institucional y suele ser la peor. **Soportando la inquisición:** personas que el profesional apenas conoce inician una investigación cuyos objetivos no siempre le explican, y aparece el temor concreto a la matrícula, el empleo, el prestigio y la demanda. **Consiguiendo apoyo emocional** encierra una paradoja poco discutida: como el caso está bajo investigación, la persona no sabe qué puede contar ni a quién sin comprometer su defensa. Sin un canal formal y confidencial, el silencio se impone por prudencia jurídica.

La sexta fase, **seguir adelante**, admite sólo tres caminos. **Abandono:** cambiar de rol, de unidad o dejar la práctica asistencial. **Supervivencia:** seguir trabajando con rendimiento aceptable, sin perdonarse nunca. **Superación:** integrar la experiencia, modificar la práctica y convertirse en promotor de mejoras de seguridad. Nada de esto es un rasgo de carácter: en qué camino termina cada profesional depende, en proporción muy alta, de cómo lo trataron durante las cinco fases anteriores.

Medir antes de intervenir: el cuestionario SVEST

Para pasar de la buena voluntad a la gestión hace falta medir. El Second Victim Experience and Support Tool, desarrollado y validado por Burlison y colaboradores, es el instrumento de referencia internacional.⁽¹⁵⁾ Es autoadministrado, ronda los treinta ítems con escala Likert de cinco puntos y evalúa siete dimensiones —distrés psicológico, distrés físico, autoeficacia profesional, apoyo de colegas, apoyo del supervisor, apoyo institucional y apoyo no laboral— más dos variables de resultado: intención de rotación y ausentismo.

Su valor no está en confirmar que el personal sufre, sino en localizar dónde está rota la red de contención. Las aplicaciones publicadas devuelven siempre el mismo hallazgo: instituciones de alta complejidad, con protocolos formales de seguridad, donde el apoyo institucional y del supervisor se percibe bajo y los profesionales terminan apoyándose en la familia o en el pasillo. Y una asociación que debería leerse como alarma: a mayor impacto emocional, menor apoyo institucional percibido. El instrumento tiene adaptación transcultural y evaluación psicométrica para la Argentina, con consistencia interna adecuada.⁽¹⁶⁾ Con esa versión local se relevaron 1.134 profesionales de cinco instituciones de alta complejidad: el 56 % refirió haber cometido un error, el impacto psicológico fue la dimensión predominante, el apoyo más percibido provino de la familia y los amigos antes que de la institución, y la correlación inversa entre impacto y apoyo se confirmó localmente.⁽¹⁷⁾

Cuatro maneras de responder

Las estrategias desarrolladas en el mundo no son variantes de un mismo programa: parten de supuestos distintos sobre qué necesita una persona después de un error (Figura 2).

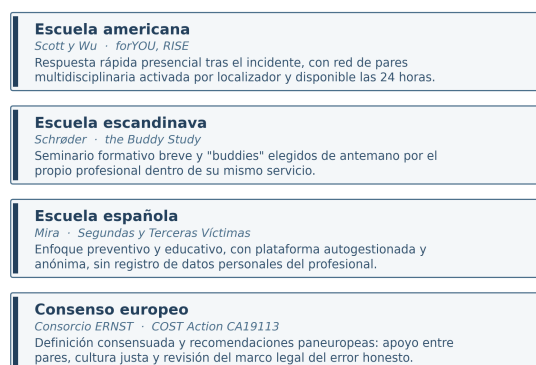


Figura 2. Escuelas y enfoques de apoyo a segundas víctimas.

La escuela americana apuesta a la respuesta rápida. El equipo forYOU, desplegado por Scott en la Universidad de Missouri, y el programa RISE del Hospital Johns Hopkins organizan redes de pares multidisciplinarias con vigilancia activa y activación inmediata tras el incidente.(18) La escuela escandinava parte del supuesto opuesto: no hace falta un equipo institucional si existe confianza previa. El programa danés the Buddy Study, evaluado por Schröder y colaboradores en el Hospital Universitario de Odense, consiste en un seminario formativo breve y en la elección anticipada, por parte de cada profesional, de colegas de su propio servicio que actuarán como sostén si algo ocurre.(19)

La escuela española invierte el eje temporal: interviene antes del error. El grupo de Mira construyó una plataforma autogestionada y una guía de recomendaciones con una decisión de diseño inteligente para nuestro contexto: no registra datos personales ni requiere acceso identificado, de modo que el profesional puede formarse sin exponerse.(20,21) Por último, el consorcio ERNST no compite con las anteriores sino que las ordena: su declaración de política de 2024 —firmada, entre otros, por Scott y por Wu— recomienda implementar programas de apoyo entre pares, promover los principios de la cultura justa y revisar los marcos legales para despenalizar el error honesto.(22)

Debajo de estas diferencias hay una arquitectura común, formulada por Scott, que vuelve viable cualquier programa aun sin presupuesto extraordinario (Figura 3).

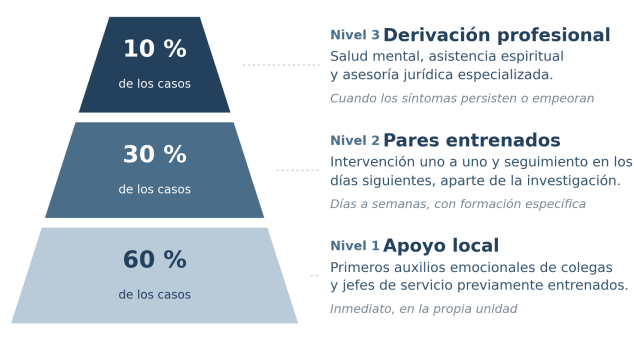


Figura 3. Modelo escalonado de apoyo en tres niveles y proporción estimada de casos que resuelve cada uno, según Scott y colaboradores.

El primer nivel, integrado por colegas y responsables de servicio previamente entrenados que se acercan, preguntan y no minimizan, resuelve alrededor del 60 % de las situaciones y no cuesta prácticamente nada más que formación. El segundo, con pares entrenados que ofrecen intervención uno a uno y seguimiento en las semanas siguientes, absorbe cerca del 30 %. El tercero, la derivación a salud mental, asistencia espiritual y asesoría jurídica, resulta necesario en aproximadamente el 10 % restante. La condición de posibilidad de todo el esquema es una regla que suele violarse: quien acompaña no

debe ser quien investiga. Cuando ambas funciones recaen en la misma persona, el apoyo se contamina de sospecha y el análisis del evento pierde la única fuente que conoce en detalle lo que pasó.

Cultura justa y seguridad psicológica

Ninguno de estos programas funciona sobre un sustrato cultural cualquiera. La **cultura justa** no es indulgencia ni impunidad: es la decisión de distinguir el error humano de la conducta imprudente, de no asignar el cien por ciento de la responsabilidad a quien se equivoca dentro de un sistema que predispone al error, y de reservar la sanción para lo que efectivamente la merece. Su contracara operativa es que la responsabilidad por los resultados se vuelve compartida. La declaración europea de 2024 va un paso más allá y recomienda revisar los marcos legales para despenalizar el error honesto, en el entendido de que un sistema que criminaliza la falibilidad no obtiene profesionales más cuidadosos, sino profesionales más callados.(22)

En el plano cotidiano, esa cultura tiene un nombre más preciso: **seguridad psicológica**. Es la creencia compartida, dentro de un equipo, de que uno puede asumir riesgos interpersonales sin quedar expuesto, decir "no sé", "me equivoqué", "no estoy en condiciones de seguir", "creo que esto es riesgoso", sin pagarlo con humillación o con la pérdida de su reputación profesional. Edmondson describió una paradoja fundacional al estudiarla: los equipos con mayor seguridad psicológica reportan más errores, no menos, porque son los únicos donde los errores se pueden nombrar.(23) Es exactamente la variable que determina si el primer nivel de apoyo se activa. Un responsable entrenado sirve de poco en un servicio donde nadie se anima a decir en voz alta que algo salió mal.

Y hay una dimensión que ninguna métrica organizacional captura del todo. Acercarse a un colega que acaba de atravesar un evento adverso, preguntarle cómo está y sostener el silencio incómodo que sigue no es una tarea asistencial ni una función de gestión: es un acto ético elemental entre pares. Lo que la evidencia agrega —y no es poco— es que ese gesto, que muchos viven como una intromisión o como una pérdida de tiempo, resulta ser la intervención más eficaz y la más barata de todo el sistema. La regla es la más antigua que tenemos: tratar al colega como querríamos ser tratados el día que nos toque a nosotros. Porque nos va a tocar.

Lo que podemos hacer aquí

Nada de lo anterior exige tecnología ni presupuesto extraordinario: exige decisiones. Entrenar en primeros auxilios emocionales a quienes conducen cada servicio es una capacitación de pocas horas, y para identificar a quién entrenar Scott propone un método tan sencillo como eficaz: preguntarle al personal de cada unidad a qué compañero acudiría si le tocara ser **segunda víctima**. El perfil buscado no es jerárquico ni técnico, sino escucha activa, empatía, manejo de los silencios y ausencia de juicios de valor; en general la unidad ya sabe quién lo tiene. Separar el rol de acompañamiento del de investigación es una decisión de organigrama. Establecer que habla la institución y no el profesional implicado es una línea en un manual de crisis. Gestionar asesoramiento jurídico inmediato a través de la aseguradora de responsabilidad profesional no cuesta dinero. Aranaz y el grupo español sintetizaron buena parte de esto en un decálogo adoptable casi sin adaptación.(24) En nuestro medio, Vítolo puso el tema en circulación hace casi una década, con escasa traducción en programas formales.(12)

Queda pendiente una tarea que las sociedades científicas y las instituciones colegiadas están en mejores condiciones de asumir que cualquier hospital aislado: ampliar la evidencia local. Los trabajos de Brunelli demostraron que el fenómeno es medible acá y se comporta como en el resto del mundo, y dejaron a la vista dos datos elocuentes: el 65,7 % de los profesionales encuestados no conocía el término **segunda víctima** y el 54,4 % trabajaba en instituciones sin servicio de seguridad del paciente.(16) La evidencia local sigue siendo, además, una fotografía parcial: no sabemos qué ocurre en el interior del país, en los hospitales de menor complejidad ni entre los residentes en formación. El instrumento está

validado y traducido, y hay una red internacional dispuesta a colaborar; falta la decisión de aplicarlo de manera sistemática.

Conviene decirlo desde donde uno ejerce. La anestesiología es un territorio de presión: decisiones que se toman en segundos y con información incompleta, conciencia situacional sostenida sobre varios frentes a la vez y un acto que, muy a menudo, es solitario. Ahí persiste una contradicción que ninguna guía logró resolver: pedir ayuda ante la dificultad está prescripto en todos los algoritmos y ayudas cognitivas disponibles y, sin embargo, en la cultura real del quirófano se sigue leyendo como una confesión de debilidad. El rasgo no es privativo de ninguna especialidad, porque ni la disciplina ni el país modifican de manera sustantiva el impacto emocional del error: cambia el escenario, no la herida. Hay una última razón, menos noble pero más persuasiva para quienes administran una institución. Un profesional con años de formación que abandona la práctica es una pérdida patrimonial difícil de reponer. Un profesional que vuelve al quirófano sin haber procesado lo que pasó es un riesgo asistencial concreto. Cuidar a quien se equivocó no es indulgencia: es la forma más barata y más honesta de cuidar al paciente que viene después.

Va a pasar. Le va a tocar a un compañero, o nos va a tocar a nosotros. Alguien va a salir de una sala convencido de haberle fallado a todo lo que eligió ser, y va a mirar alrededor buscando alguna señal de que todavía pertenece. Ese momento se resuelve con una presencia. Alguien que se quede al lado, que no juzgue, que no explique, que no minimice; que se anime a decir, si hace falta, que también se equivocó alguna vez y que sobrevivió. No hace falta encontrar la palabra justa. Hace falta no dejar solo. Ofrecer consuelo a un colega herido no es un gesto blando ni una concesión sentimental: es, tal vez, lo más profesional que podamos hacer, porque de esa mano tendida depende que vuelva entero al lado del paciente que lo espera mañana.

Referencias

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
2. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(10):809-15.
3. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-70.
4. Hilfiger D. Facing our mistakes. *N Engl J Med*. 1984;310(2):118-22.
5. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726-7.
6. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325-30.
7. Denham CR. TRUST: the 5 rights of the second victim. *J Patient Saf*. 2007;3(2):107-19.
8. Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, et al. An evidence and consensus-based definition of second victim: a strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16869.
9. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:151.
10. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(8):467-76.
11. Busch IM, Moretti F, Purgato M, et al. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf*. 2020;16(2):e61-e74.
12. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296(9):1071-8.
13. Vítolo F. La segunda víctima. Biblioteca Virtual Noble, Noble Compañía de Seguros; mayo 2017.
14. Mankaka CO, Waeber G, Gachoud D. Female residents experiencing medical errors in general internal medicine: a qualitative study. *BMC Med Educ*. 2014;14:140.
15. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, et al. The Second Victim Experience and Support Tool (SVEST): validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf*. 2017;13(2):93-102.
16. Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1401-e1405.
17. Brunelli MV, Estrada S, Celano C, et al. Segunda víctima: experiencia y medidas de apoyo percibidas por los profesionales sanitarios. *Medicina (B Aires)*. 2023;83(6):918-26.
18. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(5):233-40.
19. Schröder K, Bovil T, Jørgensen JS, et al. Evaluation of "the Buddy Study", a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):566.
20. Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015. ISBN 978-84-608-2769-6.
21. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, et al. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(4):450-60.
22. Mira JJ, Carrillo I, Tella S, et al. The European Researchers' Network Working on Second Victim (ERNST) policy statement on the second victim phenomenon for increasing patient safety. *Public Health Rev*. 2024;45:1607175.

23. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q.* 1999;44(2):350-83.
24. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, et al. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE.* 2013;24(1):54-60.