



CIENCIAS
BIOMÉDICAS

EXPERIENCIA DE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN PROFESIONALES DE SALUD DE ARGENTINA

Validación psicométrica del A-SVEST y estudio mixto
secuencial exploratorio

Tesis doctoral

Mg Maria Victoria Brunelli

Director de tesis: Dra. Belén Mesurado

Co-Director de tesis: Dra. Ana Fajreldines

Lugar: Universidad Austral

Buenos Aires, Argentina

2025

Agradecimientos

La ejecución de esta tesis doctoral fue posible gracias al acompañamiento y la colaboración de numerosas personas e instituciones, a quienes deseo expresar mi reconocimiento.

En primer lugar, agradezco a la Dra. Belen Mesurado, directora de esta tesis, por asumir el desafío de guiarme con rigor metodológico, orientación clara y apoyo. Su guía fue fundamental para enriquecer mi mirada crítica y fortalecer la calidad científica de este trabajo. A la Dra. Ana Fajreldines, codirectora, le expreso también mi gratitud por su motivación, aportes y sugerencias que enriquecieron cada etapa del estudio.

A la Universidad Austral, que me brindó el espacio académico para llevar adelante los estudios de doctorado, apostando al desarrollo de la investigación en el ámbito de salud. Extiendo mi reconocimiento a las instituciones académicas y sanitarias que posibilitaron este trabajo, a los comités de ética y a los responsables institucionales que lo acompañaron con respeto y compromiso.

Agradezco de manera muy especial a los profesionales de la salud que participaron en el estudio, quienes, aún atravesando experiencias dolorosas, se animaron a compartir sus vivencias como segundas víctimas. Sin su voz, esta investigación carecería de sentido.

Este trabajo tiene, además, un valor que trasciende lo estrictamente personal: se trata de la primera tesis doctoral presentada por un Licenciado en enfermería en la Universidad Austral. Por ello, agradezco profundamente a quienes abrieron camino para que hoy la enfermería ocupe un lugar en el desarrollo de la investigación científica. Y deseo que ésta sea la primera de muchas.

A los grandes profesores de enfermería en la Universidad, quienes sembraron en mí y en muchos otros, la convicción de que investigar también es cuidar. Sus enseñanzas me

recordaron, una y otra vez, que la producción de conocimiento no es un ejercicio abstracto, sino una forma concreta de transformar la práctica, progresar en el desarrollo de la profesión y mejorar la vida de las personas a las que cuidamos. En especial a Gretel Desmery, por ver en mi persona, potencial como investigadora y motivarme a serlo.

En el plano personal, agradezco a mi familia, quienes fueron un sostén incondicional en este camino. A mis padres, por inculcarme el valor del estudio y el esfuerzo constante. A los demás miembros de mi familia, por su apoyo y acompañamiento fundamental para enfrentar los desafíos que la investigación y el cuidado traen consigo.

Un agradecimiento especial a quienes trabajaron conmigo en el desarrollo de las investigaciones que aquí se presentan: a la Mg. Silvina Estrada por sembrarme el interés por la seguridad del paciente y en particular la mirada de las segundas víctimas. A Mg. Mariana Seisdedos por su trabajo fundamental, compartiendo tardes de trabajo intenso en las distintas fases de los estudios. A la Mg. Maria Maluenda, por acompañarme en estas investigaciones y por su compromiso constante. Su mirada integradora aportó una riqueza invaluable a esta tesis y a mi formación como investigadora. Y a la Mg. Dolores Latugaye, colega, compañera y amiga, con quien enfrenté el desafío de embarcarme en la carrera doctoral.

Finalmente, agradezco a mis colegas y amigos, quienes me alentaron en las horas de trabajo intenso, compartieron reflexiones valiosas y me recordaron la importancia de mantener la esperanza y la pasión por la investigación.

A todos ellos, mi más profundo agradecimiento, con la convicción de que esta tesis no es sólo el resultado de un esfuerzo individual, sino el fruto de un entramado de apoyos y colaboraciones que hicieron posible su realización.

Publicaciones

Los resultados de esta tesis se encuentran publicados en los siguientes artículos científicos:

- Brunelli MV, Seisdedos MG, Maluenda Martinez M. Second Victim Experience: A Dynamic Process Conditioned by the Environment. A Qualitative Research. *International Journal of Public Health*. 2024; 69. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607399>
- Brunelli MV, Estrada S, Celano C, Bandriwskyj C, Riquelme RJ, Ortega A, *et al*. Segunda Víctima: Experiencia y medidas de apoyo percibidas por los profesionales sanitarios. *Medicina (Buenos Aires)*. 2023; (83):918–26. <https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/38117711.pdf>
- Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *Journal of Patient Safety*. 2021; 17(8):E1401–5. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000497>

Otras publicaciones relacionadas con la temática de la tesis

- Brunelli MV. Comentario: Son demasiados los que abandonan a las “segundas víctimas” de los errores médicos. *Revista Enfermería Neonatal [Internet]*. 2019 Disponible en: <https://www.revista.fundasamin.org.ar/comentario-del-articulo-son-demasiados-los-que-abandonan-a-las-segundas-victimas-de-los-errores-medicos/>
- Estrada S, Brunelli MV, Celano M, Quiroga A, Chattas G. El impacto del error de medicación en los profesionales de enfermería. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en enfermería*. 2018;2(8).

<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/279/el-impacto-del-error-de-medicacion-en-los-profesionales-de-enfermeria/>

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

Índice general	9
Índice de tablas	13
Índice de figuras	15
Abreviaturas	17
Resumen	19
Abstract	23
1: INTRODUCCIÓN	27
2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	33
2.1 Contextualización del problema	35
2.1.1 Definición de error.....	35
2.2 Concepto de segunda víctima.....	37
2.3 Consecuencias en las segundas víctimas	41
2.3.1 Alteraciones psicológicas	41
2.3.2 Alteraciones psicosociales.....	45
2.3.3 Alteraciones físicas.....	47
2.3.4 Alteraciones en el desarrollo profesional	47
2.4 Riesgos de enfermar	49
2.5 Estadios que experimentan las segundas víctimas	51
2.6 Soporte a las segundas víctimas	54
2.7 Afrontamiento de las segundas víctimas	56
2.8 La evaluación del fenómeno de segunda víctima.....	58
3: OBJETIVOS	63
3.1 Objetivo general	65
3.2 Objetivos específicos.....	65
PARTE I: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	67
4: Estudio 1: ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO	69
4.1 Objetivo	71
4.2 Método.....	71

4.2.1 El instrumento original	71
4.2.2 Proceso de traducción	72
4.2.3 Validez de contenido	75
4.2.4 Participantes.....	76
4.2.5 Proceso estadístico.....	78
4.2.5.1 <i>Análisis exploratorio</i>	78
4.2.5.2 <i>Fiabilidad</i>	78
4.2.6 Procedimiento de recolección de datos y aspectos éticos.....	79
4.3 Resultados.....	80
4.3.1 Análisis exploratorio.....	80
4.3.2 Fiabilidad	82
4.4 Conclusión	86
5: Estudio 2: ANÁLISIS CONFIRMATORIO.....	89
5.1 Objetivos.....	91
5.2 Método.....	91
5.2.1 Instrumento	91
5.2.2 Participantes.....	92
5.2.3 Análisis estadístico.	93
5.2.4 Procedimiento para la recolección de los datos y aspectos éticos	94
5.3 Resultados.....	95
5.3.1 Variables sociodemográficas.....	95
5.3.2 Análisis factorial confirmatorio.....	96
5.3.3 Fiabilidad	104
5.4 Conclusión	107
PARTE II: ESTUDIO DEL FENÓMENO DE SEGUNDA VÍCTIMA	109
6: Estudio 3: MIXTO	111
Estudio de combinación metodológica: explicativo secuencial	112
7: FASE CUANTITATIVA	117
7.1 Objetivos.....	119
7.2 Método.....	119

7.2.1	Diseño	119
7.2.2	Participantes.....	119
7.2.3	Recolección de datos	120
7.2.4	Proceso estadístico: análisis descriptivo y analítico	121
7.2.5	Procedimiento para la recolección de los datos y aspectos éticos del estudio	122
7.3	Resultados.....	122
7.3.1	Variables sociodemográficas	122
7.3.2	Variables del A-SVEST.....	125
8:	FASE CUALITATIVA	131
8.1	Objetivos:	133
8.2	Método.....	133
8.2.1	Diseño fenomenológico interpretativo	133
8.2.2	Ámbito del estudio y participantes	142
8.2.3	Recolección de datos	145
8.2.4	Proceso de análisis cualitativo	147
8.3	Rigor de la investigación cualitativa	149
8.4	Aspectos éticos	152
8.5	Resultados.....	153
8.5.1	La experiencia vivida de ser segunda víctima: un proceso en movimiento	154
8.5.1.1	<i>Transitar la experiencia</i>	<i>155</i>
	<i>Recibir el impacto.....</i>	<i>157</i>
	<i>Transición.....</i>	<i>160</i>
	<i>Transformación.....</i>	<i>163</i>
8.5.1.2	<i>El entorno: resonancias del mundo vivido.....</i>	<i>166</i>
8.5.1.3	<i>Punto de inflexión: cuando la herida redefine el ser profesional</i>	<i>174</i>
8.5.2	Afrontamiento como forma de habitar el después.....	177
8.5.2.1	<i>Estrategias de afrontamiento enfocadas en emociones.....</i>	<i>179</i>
8.5.2.2	<i>Estrategias de afrontamiento centradas en el problema.....</i>	<i>183</i>
9:	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	189
9.1	Consideraciones generales sobre los hallazgos del estudio.....	191

9.2 Comprensión del fenómeno desde la perspectiva cuantitativa	191
9.2.1 Validación del instrumento.....	191
9.2.2 Estudio del fenómeno	195
9.2.3 Limitaciones fase cuantitativa	199
9.2.4 Conclusiones fase cuantitativa.....	200
9.3 Exploración profunda de la vivencia: hallazgos del estudio fenomenológico	201
9.3.1 La experiencia de ser segunda víctima: una vivencia dinámica.....	201
9.3.2 Estrategias de afrontamiento: reconstruyendo sentido desde el dolor.....	207
9.3.3 Limitaciones de la fase cualitativa.....	212
9.3.4 Conclusión.....	213
9.4 Integración de hallazgos cuantitativos y cualitativos: una mirada holística sobre las segundas víctimas	213
9.5 Limitaciones	221
9.6 Implicancias para la práctica	222
9.7 Conclusiones.....	224
10: BIBLIOGRAFÍA	227
11: ANEXOS	249
Anexo 1: Autorización del Dr. Burlison.....	251
Anexo 2: SVEST enviado por el Dr. Burlison (inglés)	253
Anexo 3: SVEST enviado por el Dr. Burlison (en español).....	257
Anexo 4: SVEST (Estudio 1)	259
Anexo 5: Versión traducida y retraducida.....	261
Anexo 6: Aprobación de versión definitiva por el Dr. Burlison	265
Anexo 7: Encuesta utilizada en el Estudio 1	267
Anexo 8: Encuesta utilizada en el Estudio 2	269
Anexo 9: Consentimiento informado (estudio cualitativo)	272
Anexo 10: Guía de preguntas de las entrevistas en profundidad.....	278

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de la población	77
Tabla 2: Prueba de adecuación muestral	80
Tabla 3: Varianza total explicada del SVEST	81
Tabla 4: Análisis factorial exploratorio del SVEST.....	82
Tabla 5: Consistencia interna del instrumento y por dimensión	83
Tabla 6: Estadísticas del total de elemento por dimensión.....	85
Tabla 7: Estadística del total de elementos en el global del SVEST	86
Tabla 8: Variables sociodemográficas del total de la muestra	92
Tabla 9: Variable sociodemográficas de quienes estuvieron involucrados en un EA.....	95
Tabla 10: Índices de ajuste del modelo del SVEST	97
Tabla 11: Modelos testeados en el análisis confirmatorio.....	98
Tabla 12: Carga factorial del modelo 1	100
Tabla 13: Carga factorial del modelo 2	102
Tabla 14: Coeficientes de confiabilidad (estudio 2) del A SVEST	104
Tabla 15: Análisis de fiabilidad en las dimensiones de resultados del modelo 2.....	105
Tabla 16: Estadística del total de elemento por dimensiones del modelo 1	106
Tabla 17: Características sociodemográficas de los participantes según completaron o no el SVEST	124
Tabla 18: Puntuación del SVEST por dimensiones	126
Tabla 19: Puntuación de cada ítem del SVEST (promedio).....	126
Tabla 20: Correlación entre las dimensiones agrupadas	128

Tabla 21: Correlación entre las dimensiones.....	128
Tabla 22: Pruebas de Kruskall Wallis entre las profesión y tiempo de cometido el EA y el SVEST	129
Tabla 23: Asociación entre profesión y las dimensiones del SVEST	129
Tabla 24: Prueba de correlación entre antigüedad y el SVEST	130
Tabla 25: Asociación entre antigüedad y las dimensiones del SVEST.....	130

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Proceso de traducción	72
Figura 2: Grafico de sedimentación	81
Figura 3: Modelo 1	101
Figura 4: Modelo 2	103
Figura 5: Núcleos y temas de la experiencia vivida de las SVs	153
Figura 6. Red de temas. subtemas y significados interpretados del proceso.....	155
Figura 7: Subtema y significados de Transitar la experiencia de las SVs.....	157
Figura 8: Red del entorno de la experiencia vivida por las SVs.	167
Figura 9: Red de afrontamiento con subtemas y significados	178

ABREVIATURAS

AFE: Análisis de Factores Exploratorio

AFC: Análisis de Factores Confirmatorio

AGFI: *Adjusted Goodness of Fit Index*

CFI: *Comparative Fit Index*

CIE: Comité Institucional de Evaluación

EA: Evento Adverso

ERNST: *The European Researchers' Network Working on Second Victims* (Red Europea de Investigadores que Trabajan con Segundas Víctimas)

FI: Fenomenología Interpretativa

GFI: *Goodness of Fit Index*

DWLS: *Diagonal Weighted Least Squares*

PGFI: *Parsimony Goodness of Fit Index*

NNFI: *Non-Normed Fit Index*

RMSEA: *Root Mean Square Error of Approximation*

RMR: *Root Mean Square Residual*

SV: Segunda Víctima

SVEST: *Second Victim Experience and Support Tool*

TLI: *Tucker-Lewis Index*

RESUMEN

Introducción

Los eventos adversos (EA) afectan a pacientes y profesionales. Éstos últimos son segundas víctimas (SV) cuando quedan afectados por el evento. Requieren apoyo social y profesional, junto con estrategias de afrontamiento que favorecen su resiliencia y recuperación.

El *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST), evalúa las consecuencias psicológicas, físicas y profesionales de las SVs, el apoyo percibido y el impacto organizacional de las SVs.

El objetivo general de esta tesis fue explorar la experiencia de SV en los profesionales de salud (enfermeros, médicos y personal de farmacia) de la Argentina. Se estructura en dos partes: La primera realizó la validación de SVEST, a través de dos estudios. La segunda parte buscó el estudio del fenómeno, con un estudio mixto explicativo secuencial en dos fases.

Parte I: Validación del instrumento

Estudio 1: Adaptación transcultural:

Objetivo: Realizar la adaptación transcultural del SVEST y evaluar sus propiedades psicométricas. Se realizó la traducción y traducción inversa, revisión por expertos y validez de contenido. Se distribuyó el cuestionario a enfermeros con un muestreo por conveniencia. Se realizó el análisis factorial exploratorio (AFE) y se estimó la fiabilidad con el α de Cronbach. Se obtuvieron 169 encuestas completas. El AFE identificó ocho factores. El α global del SVEST fue 0.805.

Estudio 2: Análisis confirmatorio:

Objetivo: Evaluar si se confirma la estructura factorial del SVEST en su versión local.

La población fueron profesionales de salud de 5 hospitales de alta complejidad, obteniendo 651 SVEST completos. Se compararon dos modelos teóricos mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC). Se evaluó la bondad de ajuste con χ^2/gl , CFI, TLI, GFI y RMSEA, y fiabilidad con α -Cronbach y Ω McDonald.

Ambos modelos presentaron adecuados índices de ajuste. La diferencia de χ^2 entre los modelos, fue significativa, favoreciendo al Modelo 1. La fiabilidad global fue alta.

Conclusión Parte I: El A-SVEST resultó válido y fiable para medir consecuencias, apoyos percibidos y resultados organizacionales de las SVs.

Parte II: Estudio del fenómeno

Estudio 3: Estudio mixto secuencial exploratorio

Objetivo: Explorar la experiencia de SV en los profesionales de salud (enfermeros, médicos y personal de farmacia) de la Argentina. Se desarrolló un estudio mixto secuencial exploratorio en fases.

Fase cuantitativa: Estudio observacional analítico transversal. La población fueron profesionales de salud que contestaron el A-SVEST. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Se obtuvieron 651 cuestionarios. El mayor impacto se registró en la dimensión psicológica. El apoyo más percibido fue el extra laboral, y el del entorno laboral fue menor. Un mayor daño se asoció con menor percepción de apoyo y con mayor tendencia a resultados organizacionales negativos. La antigüedad se relacionó de forma positiva con el apoyo de supervisores y de la institución.

Fase cualitativa: Se realizó a un estudio fenomenológico interpretativo (FI). Se entrevistaron a profesionales de salud. El muestreo fue por conveniencia y el tamaño muestral determinado

por la saturación teórica. Dos investigadores realizaron un análisis independiente estableciendo códigos y categorías, que fueron evaluados por un investigador independiente. Como resultado las SVs atraviesan un proceso dinámico caracterizado por tres momentos: recibir el impacto, transición y transformación. Este proceso está influenciado por el entorno laboral y extra laboral. Además, el suceso constituye un punto de inflexión para los profesionales, presentándose como un quiebre identitario. Los profesionales desplegaron estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema.

Conclusión Parte II: La experiencia de SV es un fenómeno multidimensional con predominio del impacto psicológico. La falta de apoyo institucional y de colegas intensifica el daño emocional y la intención de abandono, mientras que un entorno empático y una cultura justa favorecen la re significación y el aprendizaje. Las estrategias de afrontamiento fueron activas y orientadas al problema y a la mejora profesional.

Conclusión integrada

La validación y aplicación del A-SVEST permitió avanzar en el conocimiento de la experiencia de SV en el país. Las SVs manifestaron consecuencias psicológicas. La falta de apoyo laboral se asoció con mayor daño emocional, ausentismo e intención de abandono, mientras que el soporte extra laboral (familia y amigos) fue el apoyo más predominante. El abordaje cualitativo profundizó esta comprensión, mostrando que el entorno organizacional influye de manera decisiva.

En conclusión, la experiencia de SV en Argentina constituye un desafío crítico para el bienestar profesional y la seguridad del paciente. Es indispensable diseñar intervenciones y políticas que promuevan culturas de apoyo, reduzcan el riesgo de abandono laboral y contribuyan a la mejora continua de la calidad asistencial.

ABSTRACT

Introduction

Adverse events (AEs) affect patients and healthcare professionals, who become second victims (SVs) when they are impacted by the event. They require social and professional support, along with coping strategies which foster resilience and recovery.

The Second Victim Experience and Support Tool (SVEST) assesses psychological, physical, and professional consequences, perceived support, and organizational impact. This thesis aimed to explore the experience of SV in healthcare professionals (Physicians, nurses, and pharmacy staff) in Argentina. The study is structured in two parts: the first involved the validation of the SVEST through two studies, and the second examined the phenomenon through a sequential explanatory mixed-methods.

Part I: Instrument Validation

Study 1: Cross-Cultural Adaptation

Aim: To perform the cross-cultural adaptation of the SVEST and evaluate its psychometric properties. The process included forward and backward translation, expert review, and content validity. The questionnaire was distributed to nurses using convenience sampling. An exploratory factor analysis (EFA) with principal components and varimax rotation was conducted, and reliability was estimated using Cronbach's α . A total of 169 complete responses were obtained. The EFA identified eight factors. The overall Cronbach's α for the SVEST was 0.805.

Study 2: Confirmatory Analysis

Aim: To assess whether the factorial structure of the SVEST was confirmed in its local version. The study population consisted of healthcare professionals of five tertiary-care hospitals, yielding 651 completed SVEST. Two theoretical models were compared through confirmatory factor analysis (CFA). Model fit was evaluated using χ^2/df , CFI, TLI, GFI, and RMSEA, while reliability was estimated with Cronbach's α and McDonald's Ω . Both models showed adequate fit indices. The χ^2 difference between models was significant, favoring Model 1. Overall reliability was high.

Conclusion Part I: The A-SVEST demonstrated satisfactory construct validity and reliability, confirming its adequacy for measuring the consequences, perceived support, and organizational outcomes associated with the SVs.

Part II: Study of the Phenomenon

Study 3: Sequential Exploratory Mixed-Methods Study

Objective: To explore the experience of SV in Argentina. An exploratory sequential mixed-methods study was conducted in phases.

Quantitative phase: An observational, analytical, cross-sectional study was carried out. The population consisted of healthcare professionals that completed el A-SVEST. Descriptive and inferential statistics were applied. A 651 questionnaires were obtained. The greatest impact was in the psychological dimension. The highest perceived support from extra-work sources, while workplace support was lower (colleagues and supervisors). Greater harm was associated with lower perceived support and with a higher tendency toward negative organizational outcomes. Professional seniority was positively correlated with perceived support from supervisors and the institution.

Qualitative Phase: An interpretative phenomenological study was conducted. In-depth interviews were carried out with healthcare professionals who had experienced an AE. Sampling was by convenience, and sample size was determined by theoretical saturation. Two researchers performed independent analyses to establish codes and categories, which were reviewed by an independent researcher. Results revealed that SVs undergo a dynamic process characterized by three stages: impact, transition, and transformation. This process is influenced by environments. Moreover, the event represents a turning point for professionals, constituting an identity rupture. Participants employed coping strategies focused on emotion and on problem-solving.

Conclusion Part II: The SV experience is a multidimensional phenomenon with predominant psychological impact. Lack of institutional and peer support intensifies emotional harm and the intention to leave the profession, whereas an empathetic environment and a just culture promote meaning-making and learning. Coping strategies were active and oriented toward problem-solving and professional improvement.

Integrated Conclusion: The validation and application of the A-SVEST advanced understanding of the SV experience in Argentina. SVs reported psychological consequences, and lack of workplace support was associated with greater emotional harm, absenteeism, and intention to leave, while extra-work support was the most predominant. The qualitative approach deepened this understanding, showing that the organizational environment plays a decisive role. In conclusion, the SV experience in Argentina represents a critical challenge to professional well-being and patient safety. It is essential to design interventions and policies that foster supportive cultures, reduce the risk of professional attrition, and contribute to the continuous improvement of care quality.

1: INTRODUCCIÓN

Un error en la atención sanitaria genera perjuicios significativos para el paciente e impactar negativamente en el equipo de salud. En los profesionales las repercusiones pueden ser severas, con consecuencias físicas y/o psicológicas, así como alteraciones en la relación terapéutica y en la trayectoria profesional¹. Sin embargo, pese a que la seguridad del paciente constituye una disciplina en la que las instituciones muestran un compromiso creciente, las intervenciones suelen centrarse en la protección de la primera víctima. Sin duda lo primero que hay que atender es al paciente, minimizando las consecuencias que el EA pudiera presentar. Pero no hay que dejar de lado a los profesionales, que constituyen las SVs.

Se define SV como todo trabajador sanitario que se encuentra directa o indirectamente implicado en un acontecimiento adverso imprevisto, un error no intencionado en la atención sanitaria o una lesión al paciente, que resulta negativamente afectado². Es importante destacar que, no todos los profesionales de la salud que cometen un error se constituyen SV, sino aquellos que experimentan afecciones psicoemocionales, psicósomáticas y alteraciones en su desarrollo profesional, pudiendo llegar a desarrollar un trauma².

Las consecuencias de la experiencia como SV se manifiestan en los ámbitos personal y profesional³⁻⁵. A nivel personal, se observan alteraciones psicológicas, como sentimientos de culpa, ansiedad, vergüenza, tristeza^{6,7}. Las alteraciones psicosociales incluyen aislamiento social⁶, discriminación y desconfianza hacia colegas y supervisores^{5,8}, dificultando las relaciones interpersonales y la reintegración laboral. En el plano físico, las SVs pueden experimentar insomnio, pesadillas, problemas gastrointestinales, fatiga y cefaleas^{5,8}, probablemente como resultado del estrés emocional. Respecto al desarrollo profesional, se presentan cuestionamientos sobre la continuidad en la carrera, daño a la reputación y, en algunos casos, el abandono de la actividad en el ámbito de la salud⁹. Adicionalmente, las SVs

exhiben una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental como consumo de sustancias, síndrome de burnout^{10,11} y, trastornos de estrés postraumático¹². La gravedad del daño al paciente actúa como un factor asociado a la intensidad del impacto psicológico y al riesgo de desarrollar estas condiciones¹³.

La prevalencia varía entre los distintos países, pero se estiman entre un 23% y 81 %¹⁴ según estudios desarrollados en Estados Unidos¹⁵, diversos países europeos (Alemania¹⁶, Dinamarca⁷, Austria¹⁴, Italia¹⁷, España^{18,19}) y asiáticos²⁰⁻²², entre otros. En Latinoamérica la evidencia es menor, y no se encuentran datos de prevalencia sobre el fenómeno.

Considerando las consecuencias en los profesionales, las medidas de apoyo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento, son esenciales para la recuperación de las SVs^{20,23-25}. El soporte puede provenir de colegas, supervisores, el entorno personal (familia y amigos), y la ayuda profesional, como psicólogos, abogados, etc. Asimismo, la capacidad del profesional para emplear estrategias de afrontamiento y resiliencia, es determinante para una recuperación saludable²⁶. Los estudios revelan variadas estrategias, no exclusivas, que pueden ser empleadas luego de un EA. Estas incluyen: estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones^{25,26}. A través de las primeras, el sujeto enfrenta la situación mejorando las circunstancias ambientales o personales con actitudes constructivas y cambios comportamentales²⁷. En cambio, en las estrategias enfocadas en las emociones, el sujeto maneja la respuesta emocional, consecuencia del EA, implementando comportamientos que buscan protegerlo de las consecuencias negativas que se pudieran presentar²⁷. Ambas contribuyen a un afrontamiento saludable y facilitan el proceso de recuperación de los profesionales^{20,26}. Diversos estudios identificaron que se facilita el afrontamiento cuando los profesionales

tomaron el suceso como una oportunidad de aprendizaje y realizaron propuestas de mejoras en los procesos de atención^{25,26}. Estas acciones son algunas de las estrategias enfocadas en el problema. Además, el diálogo con otros y tomar distancia del evento fueron acciones enfocadas en las emociones que, de igual modo, contribuyeron a una mejor recuperación de los profesionales^{25,26}.

Diversos enfoques metodológicos permitieron conocer en profundidad el fenómeno de SV. Los estudios cualitativos ofrecieron una comprensión profunda de la experiencia subjetiva. El abordaje cuantitativo permitió contar con instrumentos de medición, entre los que se destaca el SVEST²⁸. Constituido por 7 dimensiones: distrés psicológico, físico, cuestionamiento de habilidades profesionales y soporte de colegas, supervisores, institución y extra laboral (amigos y familia), agrega 2 dimensiones que reflejan las consecuencias a nivel institucional: deseos de abandono profesional y de ausentismo²⁸. El SVEST fue validado en varios idiomas y aplicado en diversos contextos asistenciales a nivel global²⁹.

Estos avances en el conocimiento del fenómeno resultan claves para aportar evidencia científica sobre las consecuencias de los EA en los profesionales, y contribuyen al diseño e implementación de programas para su atención. Investigar y comprender la experiencia de la SV es fundamental para desarrollar culturas organizacionales de apoyo, facilitar la recuperación de los profesionales afectados y contribuir a la mejora continua de la calidad y seguridad en la atención sanitaria.

La literatura demuestra la existencia de SVs en diversos países y contextos asistenciales, con estudios realizados en Norteamérica^{28,30}, Europa³¹, Asia^{20,32} y Oceanía^{33,34} y Latinoamérica²⁵. Si bien se caracterizaron las consecuencias psicológicas, físicas y profesionales de los EA en distintos entornos sanitarios, la investigación específica sobre la SV en el contexto argentino

es escasa. Es relevante considerar que las creencias culturales y las particularidades de los sistemas de salud en cada país pueden influir en el afrontamiento de los profesionales. Además, la necesidad de contar con herramientas estandarizadas y validadas en el contexto local es fundamental conocer cómo se comporta el fenómeno de SV en nuestro entorno. Por este motivo esta tesis se divide en dos partes. En la primera parte se pretende validar el SVEST a fin de contar con una herramienta estandarizada y validada en el contexto local. En la segunda parte se propone realizar un estudio de combinación metodológica que, con su enfoque cuantitativo, buscará determinar el fenómeno en una población mayor, y profundizar, en la fase cualitativa, los aspectos propios de las SV en el ámbito social, cultural y sanitario del país. Esto permitirá conocer la realidad de la SV en profundidad e identificar concordancias o discrepancias con la evidencia internacional, así como desarrollar intervenciones adaptadas a las especificidades del sistema de salud nacional.

En conclusión, la experiencia de SV representa un desafío significativo para los profesionales de la salud, con implicaciones directas en su bienestar personal, su desarrollo profesional y, en última instancia, en la seguridad del paciente. Investigar y comprender este fenómeno es crucial para aportar evidencia en el contexto local que permita generar acciones que contribuyan a la mejora continua de la calidad y seguridad en la atención sanitaria. La pregunta de investigación que guía esta tesis es ¿Cómo se manifiesta la experiencia de la SV de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y personal de farmacia) en Argentina?

2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Contextualización del problema

El reporte *To error is human* del año 1999, informa que se producen varias muertes en el sistema de salud por errores médicos prevenibles. Este libro fue el puntapié inicial para la implementación de políticas que busquen reducir los errores y mejorar la seguridad del paciente, diseñando un sistema de salud más seguro³⁵.

Las políticas de seguridad asumen que la atención sanitaria es un proceso complejo en el que interviene una multiplicidad de factores. Se define la seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que velan por minimizar el riesgo de sufrir un EA en la atención de salud y/o de mitigar sus consecuencias³⁶. Así, los esfuerzos se focalizan en diseñar sistemas seguros que, mediante protocolos, prevengan que los errores afecten al paciente.

Sin embargo, cuando el EA se produce, algo del proceso falló y esto pone en riesgo la salud del sistema. La atención sanitaria es, en definitiva, una relación entre dos personas, una que ofrece sus conocimientos, habilidades y destrezas en servicio de otro necesitado de esta atención. Esta relación, establecida en un marco organizacional o no, en última instancia está conformada por recursos humanos. Por ello, es importante reconocer que el ser humano es susceptible de cometer un error y en consecuencia en la atención de salud se pueden producir errores.

2.1.1 Definición de error

El error se define como el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto³⁶. Se caracteriza por ser involuntario. Cuando provoca un

daño innecesario en el paciente o podría haberlo ocasionado, se lo denomina incidente de seguridad. El adjetivo “innecesario” en la definición de incidente reconoce que, en la asistencia sanitaria, se producen incidentes causados por errores, infracciones y actos deliberadamente poco seguros. En cambio, hay ciertas formas de daño que son necesarios para la atención de un paciente (por ejemplo, una incisión quirúrgica en una cirugía) y estos no se consideran incidentes³⁶.

Una infracción es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos, de forma intencionada, aunque raramente maliciosa³⁶ y se diferencia del error por su acto intencionado o voluntario. Las infracciones rutinarias tienden a incluir el “incumplimiento de las normas” y pueden infringir normas o políticas establecidas. Una infracción excepcional no es practicada por otros, ni forma parte del comportamiento habitual del individuo³⁷.

La infracción puede dar lugar a la negligencia, definida como el hecho de no proceder con la competencia, diligencia y conocimientos que se esperan de un profesional razonablemente prudente. El error por negligencia es el causado por falta de atención o del debido esfuerzo³⁷.

La principal diferencia entre error y negligencia, radica en la intención y la posibilidad de evitarlo. El error puede ser un fallo involuntario que ocurrió a pesar de tomar todas las precauciones necesarias. En cambio, la negligencia médica se da cuando sabiendo lo que se debe hacer, no lo hace o a la inversa, sabiendo lo que no se debe, se hace³⁸. Implica una falta de atención, cuidado o competencia, lo que resulta en un daño que podría haberse evitado.

En el marco de este trabajo, el concepto de SV se refiere a aquel que se comete por error, no por infracción o negligencia. Más aún, la definición de SV, propuesta por la *European Researchers Network Working on Second Victims* (ERNST) señala que el profesional ha

estado involucrado en un EA imprevisto, pero que no haya actuado con imprudencia ni malicia²

Por otro lado, el incidente puede ser una circunstancia notificable (como aquella circunstancia en la hay gran capacidad de causar daños, pero no se llega a producir) un cuasi-incidente (incidente que no alcanza al paciente), un incidente sin daños (cuando el paciente recibió la atención errónea pero no produjo daños) o un incidente con daño (aquella situación en la que el paciente se ve dañado por la atención). Más comúnmente el incidente con daño se denomina EA^{36,37}.

La gravedad en la salud del paciente dependerá del tipo de EA ocurrido. Por ello, ante el error, la prioridad es actuar para minimizar el posible daño en el paciente. Constituye una situación crítica en la que el equipo de salud se empeña en resguardar a la persona, que, por haber recibido una atención insegura, se convierte en la primera víctima.

Ahora bien, el profesional involucrado en el EA puede convertirse en SV, al verse afectado por la situación, pese a su compromiso con el cuidado del paciente.

2.2 Concepto de segunda víctima

El interés por comprender el impacto de los EA en los profesionales de la salud comenzó a emerger tímidamente en la década de 1990, a través de relatos, comentarios y editoriales que evidenciaban que los profesionales de la salud no son inmunes al EA o la equivocación³⁹⁻⁴². Este reconocimiento inicial, aunque disperso, sentó las bases para un abordaje más sistemático del fenómeno.

En el año 2000, Albert Wu acuñó por primera vez en una editorial de la *British Medical Journal* el término “segunda víctima”, que rápidamente se instaló en el ámbito académico y

asistencial⁴³. Nueve años más tarde, Susan Scott formuló la primera definición, describiendo a la SV como aquel profesional sanitario implicado en un acontecimiento adverso imprevisto, un error médico o una lesión relacionada con el paciente, que resulta traumatizado por el suceso. De este modo, el profesional suele sentirse personalmente responsable del resultado, percibiendo que falló y cuestionando sus propias habilidades⁴⁴.

En 2022, la ERNST actualizó la definición, ampliando el concepto a todo trabajador sanitario implicado directa o indirectamente en un acontecimiento adverso imprevisto, un error no intencionado en la atención sanitaria o una lesión al paciente, que resulta negativamente afectado por ello². Sin embargo, no todos los profesionales de salud que comenten un error son SV. La diferencia radica en que éstas quedan afectadas por el evento, produciéndose afecciones psicoemocionales, psicosomáticas y alterando su desarrollo profesional⁴⁴. La SV experimenta un estrés personal y profesional pudiendo en algunos casos desarrollar un trauma³.

Los factores que hacen que el profesional se convierta o no en SV, no son claros. La gravedad del daño producido, la atención de pacientes pediátricos, el vínculo previo establecido con el paciente, la reacción del paciente y su familia, la cultura punitiva, la cultura de seguridad en el ámbito organizacional, la reacción de los colegas y superiores, entre otros^{43,45-48} son algunos de los factores predisponentes evidenciados. Además, la edad del profesional y la antigüedad son predictores positivos y significativos para síntomas de SV, mientras que ser mujer es un predictor negativo¹³. Pero también existen diferencias psicológicas complejas en los profesionales y aspectos institucionales que influyen en el impacto, pudiendo reducir e incluso evitar el sufrimiento de los profesionales.

La definición parece clara, pero la terminología de “víctima” generó un debate en la comunidad internacional⁴⁹. La discusión se centró en la connotación del término “víctima” ya que se asocia con quien sufre un daño intencionado (por ejemplo, las víctimas de violencia física y/o sexual)^{49,50}. Además, no refleja la naturaleza del padecimiento de los profesionales, que se da por el daño en el paciente y no por haber cometido un EA⁴⁹. Varias publicaciones de profesionales, asociaciones, pacientes y familiares, dieron cuenta de la continuidad del debate^{50,51}. Dos posturas opuestas entre ellas, polarizan la discusión. Por un lado, están quienes defienden el uso de la palabra “víctima” y, por otro, quienes se oponen o proponen abandonar el uso de la palabra “víctima”⁵⁰ por considerarlo inapropiado.

Quienes abogan por el uso del término sostienen que éste fue de gran ayuda para visibilizar y legitimar el sufrimiento de los profesionales⁴⁹. Su fuerza simbólica y valor comunicativo permitieron llamar la atención de la gestión sanitaria traduciéndose en acciones institucionales^{49,51}. Además, para muchos profesionales y organizaciones sanitarias (como *Joint Commission* y el *Royal College of Physicians*), este término ofrece validación emocional a los profesionales, contribuye a reducir el aislamiento^{49,50} y solicitar ayuda. También, algunos pacientes, reconocen a los profesionales como víctimas. Por ejemplo, Peterson, en su rol de representante de pacientes y familiar de una víctima de EA, sostiene que los trabajadores de primera línea no son actores pasivos, ya que intervienen activamente en la atención, y que muchos EA responden a fallas sistémicas que exceden sus competencias individuales⁵¹.

Quienes se oponen, afirman que el avance de la ideología de “víctima”, resulta una injuria para los pacientes, minimiza su dolor y sufrimiento^{50,52}, causando una brecha entre pacientes y profesionales⁵⁰. Asimismo, consideran que existe riesgo de eludir responsabilidades^{49,50} ya

que su uso implica pasividad y ausencia de actividad⁵⁰. Igualmente, algunos profesionales, prefieren no ser etiquetados como “víctimas” y, por ello, en algunas instituciones proponen acciones bajo el nombre de “resiliencia en eventos estresantes”⁴⁹. Agregan que, dado el carácter perfeccionista del colectivo médico, muchos tienen dificultades para aceptar sus propios errores. Por lo tanto, el rechazo al término “víctima” resulta comprensible, ya que puede asociarse con una imagen de indefensión incompatible con un rol profesional intachable⁵². Algunos consideran que el término fue útil para instalar el debate en el inicio, pero que ya no es apropiado su uso⁴⁹.

En conclusión, el debate sobre el término ‘segunda víctima’ no es meramente semántico sino epistemológico: enfrenta dos modelos de comprensión del EA en salud. Uno que enfatiza la responsabilidad individual (visión punitiva) y otro que entiende el EA como producto del sistema (visión sistémica). Esta tensión explica por qué el término genera adhesión en contextos con cultura de seguridad desarrollada, pero resistencia en otros ambientes, donde pareciera predominar el temor de desplazar el foco puesto en el paciente. La persistencia del término, pese a las críticas, revela la ausencia de constructos alternativos capaces de capturar el sufrimiento profesional sin desplazar a la primera víctima.

Sin embargo, el término sigue utilizándose actualmente⁴⁹. Finalmente, aún hoy en día no se encuentran términos que puedan comprender el concepto y estén aceptados por la comunidad internacional. Palabras como “trauma secundario” o “cuidador herido” fueron propuestas, pero ninguno de ellos fue adoptado de forma generalizada⁴⁹.

2.3 Consecuencias en las segundas víctimas

Las afecciones de las SVs se observan en el ámbito personal y profesional. En el primero se encuentran consecuencias del propio profesional: alteraciones psicológicas, psicosociales, físicas, del desarrollo profesional y riesgo de enfermar. Consecuentemente, las SV pasan por diversos estadios en el proceso de afrontamiento.

En el ámbito profesional, las secuelas llegan al equipo de salud, que debe actuar de forma rápida para minimizar el daño en el paciente, para atender al profesional involucrado, asistirlo en la atención del paciente y contener la situación en todo el equipo.

El marco de este estudio se centra en las consecuencias en el ámbito personal de las SV.

2.3.1 Alteraciones psicológicas

Las consecuencias en el plano psicológico son diversas. Sentimientos de culpa, ansiedad, vergüenza, tristeza son los que más predominan. Depresión y riesgo de estrés postraumático son algunas de las encontradas en la evidencia científica.

Waterman *et al.* determinaron que el 61% de los médicos de Estados Unidos y Canadá manifestaron ansiedad y miedo a cometer nuevos EA⁴⁵. Van Gerven *et al.* con la *Impact of Event Scale* (IES) encontraron un impacto psicológico alto. Además, demostraron que el daño moderado, grave o muerte del paciente, se correlacionaba con mayor impacto psicológico en el profesional⁴⁶. Por su parte, Edrees *et al.* identificaron síntomas de ansiedad, depresión y preocupación por su desarrollo profesional en un 66% del total de los encuestados (enfermeros, técnicos, farmacéuticos, terapeutas y médicos), aunque muchos de ellos no conocían el concepto de SV⁵³. En España, Mira *et al.* demostraron que 66.8% de los

profesionales participantes (1087 entre enfermeros y médicos) manifestaron la experiencia de SV en ellos o colegas. En este caso los sentimientos de culpa, ansiedad, revivir el evento de forma continua y dudas sobre sus habilidades profesionales fueron los más predominantes. Las consecuencias legales, el daño sobre su reputación profesional y la necesidad de comunicar a los pacientes y a los supervisores o coordinadores lo sucedido fueron las principales preocupaciones que manifestaron¹⁹. En el contexto latinoamericano, también se reportó que el estrés psicológico marcado por la vergüenza fue el más reportado por los trabajadores de la salud chilenos que participaron de un estudio⁵⁴. Finalmente, en Singapur Mok *et al.*, encontraron que las secuelas psicológicas son las que más predominaron en los enfermeros de su estudio⁵⁵ y lo mismo ocurrió en enfermeros de China, donde agregan que la prevalencia aumentó en los últimos años³².

Las secuelas emocionales se manifiestan de igual forma en todos los profesionales de la salud, independientemente de la especialidad o profesión. Un estudio transversal con 126 cirujanos demostró que el 84% manifestaron alteraciones emocionales. Ansiedad, angustia, tristeza, culpa e ira fueron los sentimientos que en mayor medida informaron y menos del 20% manifestó no haber sentido emociones negativas como consecuencia del incidente⁵⁶. En otro caso, en Argentina, enfermeros del área neonatal y oncológica, informaron por igual, culpa (56.8%), angustia (49.2%) y enojo (42.5%)⁵⁷. También, un 56% de enfermeros de un estudio de Estados Unidos, manifestó alteraciones emocionales negativas como miedo, angustia, frustración y remordimiento⁵⁸. Asimismo, en Corea, el 95% de los 190 colonoscopistas participantes habían sentido vergüenza, y un 75% miedo luego del EA⁵⁹. En España, si bien los enfermeros de obstetricia presentaron mayor impacto psicológico frente a los médicos obstetras, ambos profesionales mostraron las consecuencias psicológicas como

las más predominantes¹⁸. Finalmente, Mok *et al.* determinaron que los enfermeros más jóvenes y con menor antigüedad presentaron consecuencias psicológicas mayores⁵⁵.

La duración del impacto emocional en las SV resulta difícil de medir. Sin embargo, Vanhaecht *et al.* encontraron que algunas afecciones duraron más de un año. La hipervigilancia permaneció más de un mes en el 53% de los profesionales involucrados y más de seis meses en un 23% de ellos. Otras alteraciones también persistieron en el tiempo, aunque con menor frecuencia. Por ejemplo, el estrés se mantuvo por más de un mes en el 25.8% de los profesionales y más de seis meses en el 6.8%. La culpa permaneció más de un mes por el 24.7% y se prolongó más allá de los seis meses en el 8.2%. En cuanto al miedo, se registró en un 19% por más de un mes y en un 6.3% por más de seis meses⁶⁰. Una revisión sistemática determinó que el tiempo de recuperación del SVs varió entre el 2-4% que se recuperó en menos de un día, un 22 -29% en una semana, el 20-40% en un mes, el 10-20% en un año, y entre el 1-11% más de un año. Agrega que un porcentaje importante (entre el 8% y el 15%) nunca se recuperó⁴.

Es importante destacar que, al tratarse de experiencias subjetivas, varios estudios optaron por un enfoque cualitativo que, si bien no permite cuantificar con precisión las emociones o sentimientos de las SVs, posibilita una comprensión profunda de cómo vivenciaron emocionalmente la situación.

Por ejemplo, Engel *et al.*, entrevistaron a 26 médicos residentes de diversas especialidades, hallando 3 categorías en la respuesta emocional de las SVs: distrés, culpa/dudas y frustración/angustia. Algunos participantes usaron términos como “terrible”, “me encuentro devastado”, entre otros⁶¹ que muestra la profundidad de las consecuencias sufridas. En Brasil, los enfermeros que participaron en un estudio cualitativo, manifestaron una profunda

preocupación por los resultados en los pacientes y en el entorno laboral, detallando que sintieron pánico, desesperación, angustia, culpa miedo e inseguridad⁶². En Suiza, Ullstrom *et al.* encontraron reacciones como shock, tristeza, angustia y flashbacks en los 21 profesionales entrevistados. Agregan que, algunos de ellos, padecieron problemas de salud más serios (depresión, por ejemplo), que requirió tratamiento por especialistas. Concluyen que los profesionales, en su mayoría sufren en silencio esta situación y no se sienten apoyados por el entorno laboral⁶³. En Irán, un estudio fenomenológico halló ansiedad (por el futuro del paciente y su situación laboral) y angustia principalmente. Algunos participantes compararon el EA con un accidente de tránsito en el que, sintieron que fallaron por no cumplir con su deber o desobedecer los mandatos de Dios⁴⁷.

En Italia, 33 profesionales manifestaron síntomas psicológicos como dudas, pensamientos intrusivos/repetitivos, aflicción, frustración, dificultad para concentrarse, miedo, tristeza, flashbacks, remordimiento, pérdida de confianza entre otros. Casi todos los participantes expresaron revisar el evento todo el día, intranquilidad persistente y sensación de que no podrían trabajar más⁶⁴. La experiencia de enfermeros de Singapur demostró que, además de los síntomas mencionados anteriormente, se sintieron juzgados, especialmente por colegas del propio ámbito laboral²¹. Así, se percibieron como víctimas de una discriminación social por parte de sus propios colegas y en algunos casos de todo el equipo de atención. Esta situación incrementó en ellos los sentimientos de culpa y las dificultades para desarrollar su trabajo²¹. Las SVs de Australia, reportaron pérdida de confianza, conciencia de que fallaron, culpa, shock, angustia, ansiedad y estrés entre otros. Pero también resalta casos de depresión y trauma en las SVs³⁴. Finalmente, profesionales de China expresaron sentimientos de culpa y nerviosismo al recrear los hechos⁶⁵. Además, las palabras y acciones de las personas

presentes en el lugar de los hechos, los hicieron sentir avergonzados⁶⁵, resaltando como el entorno puede profundizar los sentimientos negativos.

En conclusión, las afecciones psicológicas de las SVs son una realidad que trasciende la cultura, la profesión, el daño en el paciente y la experiencia profesional. En casi todos los casos las SVs experimentaron un impacto a nivel personal que repercutió en su estado emocional.

2.3.2 Alteraciones psicosociales

Las alteraciones psicosociales de las SVs, son una continuidad del impacto emocional. Aislamiento, discriminación, desconfianza por parte de colegas y supervisores son algunas de las consecuencias que dificultan sus relaciones interpersonales.

El aislamiento social^{66,67} se ve de forma frecuente en la literatura. La necesidad de reflexionar y encontrar una explicación es, en algunos casos, lo que aísla a las SVs. Reviven el evento una y otra vez, como una estrategia de afrontamiento. En ciertos casos, creían que eran los únicos en haber cometido un EA. Esta vivencia los llevó a sentirse particularmente responsables, como si solo ellos fueran capaces de equivocarse y provocar daño⁶¹ y profundiza el aislamiento.

Por otro lado, las SVs se sienten discriminadas y señaladas^{3,21}. Esta actitud que perciben en el entorno dificulta aún más su sociabilización, así como el retorno a la actividad laboral. Algunos se sintieron acusados por los propios colegas, aún cuando los pares intentaban contenerlos; frases como “acepta el error”, “son cosas que pasan”, fueron percibidas como acusatorias o que le restaban importancia a la situación⁴⁷. Esta preocupación por la reacción de sus colegas y/o de su equipo de trabajo^{6,60} genera más desconfianza, mayor

cuestionamiento sobre sus habilidades profesionales y mayor aislamiento. Por ello, la cultura organizacional es fundamental para atenuar este impacto. Nydoo *et al.* sostienen que uno de los factores de riesgo que incide en la gravedad de las consecuencias de las SVs es la reacción hostil por parte de colegas, coordinadores o supervisores, en el marco de una cultura organizacional punitiva³. En este sentido, la respuesta del equipo de trabajo resulta fundamental, ya que influye directamente en el modo en que el profesional afronta la situación⁶⁸.

Las dificultades en la relación con los pares, supervisores o incluso con los propios pacientes, obstaculizan aún más la posibilidad de realizar un análisis causa raíz del evento y, en consecuencia, participar en propuestas de mejora. Por el contrario, los profesionales que más vivamente se vieron involucrados en la elaboración de propuestas de mejoras se integraron mejor al equipo de trabajo y estuvieron más motivados para discutir acerca del EA⁶⁹.

El EA incide en las relaciones laborales. Un grupo de enfermeros reportó experiencias de falta de respeto, maltrato y burlas por parte de colegas. Estas conductas interfirieron en el afrontamiento del EA⁷⁰. Por su parte, varios cirujanos expresaron incomodidad al hablar del evento con miembros del equipo⁷¹, generando aislamiento y dificultades en los vínculos interpersonales. Inversamente, la reconciliación con el equipo de trabajo, de forma especial con sus propios colegas, es un eslabón importante para el afrontamiento de la situación⁷².

En síntesis, las alteraciones psicosociales en las SVs se expresan en formas de aislamiento, desconfianza, dificultades en los vínculos laborales y percepción de estigmatización por parte del entorno. Estas manifestaciones interfieren en el afrontamiento y en la continuidad laboral.

2.3.3 Alteraciones físicas

Las alteraciones en el plano físico, probablemente como consecuencia de la alteración emocional, también se manifestaron en las SVs. Insomnio, pesadillas, falta de apetito, problemas gastrointestinales, cansancio son algunas de las consecuencias físicas reportadas.

Las dificultades en el sueño, como insomnio y pesadillas sobre lo ocurrido, son las que más prevalecen en la literatura^{6,19,45,47,64,66,73-75} y pueden prolongarse más de un mes⁶⁰. Un metanálisis informó una prevalencia de 35% en las dificultades para dormir⁶.

Pero también se evidencian otros síntomas como cansancio extremo, fatiga y tensión muscular causados probablemente por la situación de estrés que atraviesan^{64,76}. Además, Rinaldi *et al.* a través de un estudio cualitativo con 33 profesionales, evidenciaron otras afecciones físicas, como aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, aumento de la presión arterial, dolor de cabeza y gastritis⁶⁴. En menor proporción los profesionales manifestaron cambios en el apetito^{22,28}, así como, náuseas, vómitos y diarrea⁶⁶.

2.3.4 Alteraciones en el desarrollo profesional

Las consecuencias también afectan el desarrollo profesional de las SVs. Sufren en silencio y se cuestionan su futuro profesional. En algunas ocasiones es tan fuerte el impacto de haber cometido un EA que llegan a cambiar de tareas, de servicio o incluso dejan de ejercer en el ámbito de la salud.

Varios autores informaron que las SVs repiensen su continuidad profesional. Así, se cuestionan la elección de su carrera⁷⁷ o incluso dejan su trabajo⁷⁸. Martens *et al.* identificaron que un 12.3% de los profesionales abandonaron su trabajo. Además, el 84.8% continuó

trabajando inmediatamente después del incidente, pero no se sentían capaces de lo que estaban haciendo⁷⁸. También son varios los estudios que reportaron faltas de concentración y shock de forma inmediata al incidente, generando incapacidad para continuar con la tarea^{34,66}, y por ello solicitan tomarse un tiempo para poder comprender y analizar qué es lo que pasó⁷⁴. El ausentismo y el abandono profesional tienen consecuencias en el propio profesional, y en la gestión organizativa y económica de la institución²⁸.

Además del cuestionamiento de las propias capacidades, las SVs ven dañada su reputación profesional⁶⁸. En Estados Unidos, el 40.6% de los cirujanos de un estudio sintió afectada la trayectoria profesional⁵⁶. En España, un 27.5% de los encuestados, conocía situaciones en las que las SVs habían tenido problemas relacionados al trabajo posterior al EA¹⁹. En consecuencia, se sienten frustrados y creen que el evento les marcará en su carrera generando un impacto significativo en el ámbito laboral^{61,66}. Al relatar la experiencia, muchos de los profesionales utilizaron palabras como “desbastadora”³⁴, “terrible”⁶¹, “nunca en mi vida lo olvidaré”⁶².

En algunos casos, habiendo tomado perspectiva del hecho, las SVs pudieron obtener un aprendizaje, que les sirvió para afrontar la tensión negativa⁶² o generar mejoras a nivel individual y/o organizacional⁷⁸. Por ejemplo, prestando mayor atención en las tareas⁷⁸, con actitudes de hipervigilancia²¹, tomar precauciones extras cuando volvían a encontrarse en situaciones similares²¹ o participar de propuestas de mejora en el servicio a fin de que el evento no vuelva a ocurrir^{50,79}.

En resumen, las consecuencias profesionales se manifiestan en el riesgo de la continuidad profesional, el deterioro de la trayectoria, la dificultad para continuar la tarea de forma inmediata y, en algunos casos, abandono del ámbito laboral. Estos efectos implican

consecuencias tanto individuales como organizacionales. Finalmente, algunos logran resignificar la experiencia y participar en acciones de mejora para prevenir futuros eventos.

2.4 Riesgos de enfermar

Las SVs presentan mayores probabilidades de desarrollar alteraciones en la salud mental, en comparación con quienes no han estado involucrados en EAs. Diversos estudios reportan asociaciones con consumo de sustancias, síntomas depresivos, síndrome de burnout, manifestaciones compatibles con trastorno de estrés postraumático e ideación suicida.

El uso problemático de medicamentos se vio en mayor proporción en las SVs, en comparación con quienes no habían experimentado un EA¹⁰. En el mismo estudio, Van Gerven *et al*, encontraron que el grado de daño en el paciente, se asoció con mayor consumo de alcohol y/o drogas¹⁰. El 5% de las SVs, en este caso anestelistas, admitieron haber consumido sustancias como mecanismo de afrontamiento⁸⁰.

La depresión es una de las alteraciones de salud mental más reportadas^{63,64}. Wolf *et al*. en el año 2000, sin aún conocer el término SV, encontraron que el haber participado en un incidente causó depresión⁷⁷ en los profesionales de su estudio. Bass *et al*, determinaron que el 4.4% de los encuestados habían presentado signos de depresión⁸¹. Además, varios estudios mencionan síntomas asociados a la depresión^{6,81} y requirieron tratamiento especializado⁶³.

Con relación al Burnout, algunos autores señalan que se presentaron signos asociados, como el agotamiento emocional, despersonalización, bajo logro personal y sentimientos de ira, así como la intención de abandonar su trabajo^{77,82,83}. Van Gerven *et al*. evidenciaron que las SVs presentan más del doble de probabilidades de desarrollar burnout en comparación con los profesionales que no estuvieron involucrados en un EA. Además, el daño en el paciente se

identificó como un predictor del burnout, con un aumento del 62% en la probabilidad de presentarlo respecto de los casos sin daño¹⁰.

En relación al estrés postraumático, es variada la literatura. Scott menciona que el EA se asocia con el síndrome de estrés postraumático⁶⁷. Resalta que los profesionales se convierten en SV en el sentido de que quedan “traumatizados” por el evento⁸⁴. Remarca que el impacto puede causar una situación traumática y como tal constituye un riesgo de enfermar. Wu no determina directamente el diagnóstico de estrés postraumático, pero reconoce que se evidencian síntomas como *flashbacks*, evitación de situaciones asociadas y trastornos del sueño que caracterizan este síndrome³⁰. En el estudio desarrollado por Wahberg *et al.*, se identificó que el 15% de los profesionales (médicos, obstetras y parteras) reportaron síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático⁸⁵. Busch *et al.* encontró una prevalencia entre el 5% y el 17% en los estudios incluidos en su metaanálisis⁶ y Baas *et al.* revelaron que entre el 0.9 y 1.2% de los profesionales habían presentado estrés postraumático según el DSM-IV y DSM-V respectivamente⁸¹. En términos generales, los estudios sugieren que el impacto emocional suele estar alineado con los síntomas del trastorno de estrés postraumático¹².

Finalmente, en menor proporción, se mencionan casos de suicidio entre las SVs³⁰. La percepción de haber cometido un EA se asoció con un riesgo tres veces mayor de ideación suicida entre cirujanos de Estados Unidos⁸⁶.

En síntesis, se encontraron problemas de salud mental, como consumo de sustancias, Burnout, estrés postraumático y casos de suicidio. La magnitud del daño al paciente actúa como factor asociado a la intensidad del impacto psicológico y al riesgo de desarrollar estas condiciones.

2.5 Estadios que experimentan las segundas víctimas

Scott identificó seis estadios que atraviesan las SVs, como parte de su recuperación. Los tres primeros ocurren inmediatamente después del evento y pueden experimentarse de forma simultánea⁴⁴. Las etapas descriptas son:

- **Caos y respuesta al accidente:** en el momento en que se detecta el EA, los profesionales sienten caos y confusión. Otros estudios reportaron parálisis o shock^{34,79}. Al mismo tiempo que el paciente puede presentar complicaciones y requerir atención, el profesional centra su atención en verificar exactamente qué es lo que pasó, se siente comprometido con el paciente y se castiga a sí mismo por el suceso⁴⁴.
- **Pensamientos reflexivos:** caracterizados por recreaciones mentales del evento, con sentimientos de insuficiencia y períodos de autoaislamiento. La víctima reevalúa la situación repetidamente con preguntas de "qué pasaría si", dudando de sí misma y perdiendo la confianza en sus capacidades. En ese aislamiento busca reflexionar sobre qué pasó y por qué ocurrió el EA⁴⁴. Varios autores detectaron pensamientos recurrentes e intrusivos, recuerdos detallados del evento en un intento por reflexionar sobre qué es lo que falló y dificultades para concentrarse^{47,61,64}.
- **Restaurando la integridad personal:** caracterizada por la búsqueda de apoyo de una persona con la que confían, como un colega, supervisor, amigo personal o familiar. Muchos no saben a quién acudir porque consideran que no serán comprendidos. Dudan sobre su futuro profesional con pensamientos como "qué pensarán los demás de mí" y "¿volveré a confiar en mí alguna vez?". Además, son incapaces de avanzar

en la recuperación, si la situación corrió como “chisme” o no encontraron un entorno laboral solidario⁴⁴. Estigmatización, humillación o discriminación por el entorno laboral, falta de apoyo en sus colegas y/o supervisores y dudas acerca de su carrera profesional^{63,68,73,77,79} es lo que también reportan otros estudios.

- **Pasando por la inquisición:** manifestada por la consciencia de una respuesta institucional. Comienzan a preguntarse sobre las repercusiones, su seguridad laboral, las posibilidades de licencia, las consecuencias legales, etc.⁴⁴. Algunos autores encontraron que las SVs manifestaron la necesidad de un apoyo legal^{30,53,87}. Además la percepción de una cultura de seguridad deficiente a nivel institucional se asoció con un mayor impacto psicológico, físico y profesional en los profesionales afectados⁸⁸.
- **Obtener los primeros auxilios emocionales:** Presentan diversos modos de buscar apoyo emocional. Muchos manifestaron incertidumbre respecto de en quién confiar, al no identificar claramente a una persona segura. Algunos recurrieron a sus seres queridos, aunque lo hicieron con cautela a la privacidad y posibles implicancias legales. Otros notaron que sus seres queridos no podían comprender el entorno laboral y debían protegerse de este dolor. Algunos recibieron apoyo de compañeros de trabajo, supervisores o jefes de departamento. Sin embargo, las medidas de soporte ofrecidas parecían insuficientes ya que los pensamientos negativos persisten⁴⁴. Efectivamente, algunos estudios determinaron que el apoyo de colegas proporcionó alivio y, si bien recurren a amigos y familia, pareciera que la contención por parte de los colegas es más apreciada^{22,28,34}. Adicionalmente muchos programas de atención

de las SVs basan sus intervenciones en el apoyo de sus colegas brindando contención emocional^{24,89}.

- **Seguir adelante:** mostrado como un impulso interno (de la SV) y externo (de compañeros de trabajo, colegas, supervisores) para "seguir adelante" y dejar atrás el evento, aunque esto último presentó gran dificultad. Esta es una etapa única para la recuperación en la que se abren tres caminos posibles para seguir adelante: abandonar, sobrevivir o prosperar⁴⁴.
 - **Abandonar:** implica cambiar el rol, dejar la profesión o mudarse a otro contexto laboral⁴⁴. En algunas situaciones, optaron por cambiar de profesión y/o abandonar totalmente su trabajo^{47,78}.
 - **Sobrevivir:** en el que la SV sigue trabajando con adecuado rendimiento y parece estar "bien", aunque sigue afectado⁴⁴. Es decir, todavía no se recuperó y continúa con preguntas como “¿es posible que el haber cometido un error me afecte para siempre? ¿Por qué siempre estoy tan mal y no logro recuperarme?⁶⁴.
 - **Prosperar:** algunos conservaron los recuerdos del evento, realizaron cambios en su práctica y se involucraron en procesos de mejora para evitar futuros incidentes. Este camino permitió reconstituir su vida personal y profesional generando cambios⁴⁴. Buscan aspectos de mejora para la seguridad del paciente, y un aprendizaje de la experiencia vivida^{57,79,90}.

2.6 Soporte a las segundas víctimas

El impacto generado en las SVs, destaca la importancia de atender sus necesidades, creando acciones, programas, políticas y cultura para su cuidado. Entre ellas, el apoyo o sostén por parte de su entorno influye en el impacto que experimentan.

Sin embargo, el soporte no siempre llega. Las SVs expresan ausencia de sostén en el entorno laboral, tanto de los colegas, supervisores o coordinadores, o responsables del área de seguridad del paciente⁷⁷. Más que comprensión encontraron trato despectivo, divulgación de los hechos⁹¹, humillación, sanciones disciplinarias o mecanismos represivos^{43,77}. Estas respuestas incrementan el impacto emocional^{7,22,92,93}.

El apoyo de los colegas es uno de los mayormente valorados por las SVs. De ellos esperan comprensión⁷⁹ y se preocupan por la reacción de compañeros ante el EA⁷. Hablar con colegas que pasaron por lo mismo, les ofrece tranquilidad y contribuye a la recuperación^{84,94} y regreso a las actividades laborales⁷⁷. Reciben empatía, comprensión y cuando reconocieron el EA, este sostén se incrementó³⁴. Proponen fortalecer la relación de ayuda entre los colegas ante una experiencia de incidente de seguridad⁷⁶ y se muestran predispuestos a ayudar, en un futuro, a colegas que experimenten un EA^{30,45}.

El soporte también lo esperan de los supervisores o coordinadores⁵³ y la angustia aumenta cuando éstos los culpabilizan⁹⁰. La cultura punitiva, constituye una barrera para el reporte del EA, dificultando el análisis causa raíz para evitar futuros incidentes y, en consecuencia, agravando aún más la atención segura de los pacientes⁹⁵. Contrariamente, algunos apreciaron el apoyo de los supervisores y la oportunidad para explicar las circunstancias del evento^{54,90}.

El apoyo institucional se manifiesta también en la cultura institucional. Quillivan *et al.*, encontraron que la respuesta no punitiva al EA se asoció a la reducción del impacto psíquico, físico y profesional de la SV⁸⁸. Han *et al.*, identificaron acciones que reflejan una cultura de atención a las SVs, como la confianza del supervisor en sus habilidades clínicas y personales; el respeto y apoyo de los colegas; y ser valorados nuevamente en el equipo⁵⁶. El trato justo y comprensivo, la participación en acciones de mejora, y la existencia de protocolos de atención a la primera víctima, son acciones que muestran una cultura institucional valorada por las SVs⁴⁷. Del mismo modo programas estructurados de atención de la SV reflejan aspectos de una cultura institucional en seguridad del paciente^{96,97}

La familia y/o amigos de las SVs forman parte del soporte encontrado. Aunque reconocen comprensión y acompañamiento, distinguen entre compartir la experiencia con personas del ámbito sanitario y hacerlo con personas ajenas al entorno asistencial. En este último caso, identifican una oportunidad de desahogo y acceder a una perspectiva externa que permite replantear la situación desde una visión no profesional⁶¹.

La ayuda profesional, como la atención por psicólogos^{30,44,78,94}, *counselors*^{45,78,91} o abogados^{30,53}, representa un soporte importante para las SVs. También aprecian la existencia de un equipo interdisciplinario para su atención^{47,84,90}. El miedo a acciones legales se incrementa cuando o encuentran un asesoramiento especializado^{76,77} profundizando el impacto negativo.

Además de encontrar de quienes esperar apoyo, hay acciones que resaltan por influir en su recuperación. El informe al paciente, la posibilidad de ayudar a otros, la participación en acciones de mejora son algunas de las que resaltan.

El informe del EA, tanto al paciente como al entorno laboral, es una necesidad que expresan las SVs. Contactar al paciente les ofrece, en algunos casos, la posibilidad de asumir el EA e intentar reparar el daño producido⁵³. Sin embargo, pueden necesitar ayuda para poder hacerlo³⁰.

La comunicación al equipo por parte del protagonista permite evitar una divulgación distorsionada, explicar la circunstancias y génesis del evento con transparencia y analizar con el equipo que es lo que pasó^{47,61,77,90}.

Acompañar a futuras SVs, capacitarse sobre modos de contención al entorno laboral, son acciones que facilitan la recuperación. Varios autores manifestaron que los profesionales encontraron barreras para dar soporte a las SVs, por no saber cómo ofrecerlo^{19,98}.

Finalmente, la participación en propuestas de mejora ofrece una oportunidad para reparar el daño, muestra un aprendizaje significativo y colabora con la recuperación⁴⁴.

En conclusión, la recuperación se ve condicionada por el tipo de apoyo recibido. La ausencia de sostén, en contextos marcados por la cultura punitiva, intensifica el impacto negativo. En cambio, el acompañamiento de colegas, supervisores, el entorno personal y equipos especializados, junto con la participación en acciones de mejora, favorece la reparación y la reintegración profesional.

2.7 Afrontamiento de las segundas víctimas

Además del apoyo, las SVs desarrollan estrategias de afrontamiento y resiliencia, que son factores claves para su recuperación⁷³. Se entiende por afrontamiento a los esfuerzos cognitivos y/o emocionales, que se realizan para lidiar con las demandas externas (estresores ambientales) e internas (emociones propias)²⁷. Su efectividad depende, de que su uso sea

apropiado para responder a las demandas externas²⁷ y, de las características psicológicas de los profesionales y el modo en que transitan la recuperación⁹⁹.

Las SVs utilizan diversas estrategias. Estas incluyen: estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y estrategias de afrontamiento enfocadas en las emociones^{5,6,20}. A través de las primeras, el sujeto enfrenta la situación mejorando las circunstancias ambientales o personales con actitudes constructivas y cambios comportamentales²⁷. En cambio, en las estrategias enfocadas en las emociones, el sujeto maneja la respuesta emocional, consecuencia del EA, implementando comportamientos que buscan protegerlo de las consecuencias negativas^{21,27}. Ambas contribuyen a un afrontamiento saludable y facilitan el proceso de sanación de los profesionales¹⁰⁰. Además, el manejo de estrategias de afrontamiento de manera efectiva será una característica clave para el sujeto resiliente.

Como parte de las estrategias centradas en el problema, las SVs manifiestan que la oportunidad de aprendizaje y la propuesta de acciones de mejora facilitaron el afrontamiento^{26,100,101}. Busch *et al.* encontraron que un 89% de las SVs reportó estrategias de afrontamiento orientadas a la tarea, entre las que se destacan el cambio de actitud en el trabajo, el seguimiento más estricto de políticas institucionales y el aumento en la atención a los detalles²⁶.

Además, el diálogo con otros y tomar distancia del evento fueron acciones enfocadas en las emociones que, de igual modo, contribuyeron a una mejor recuperación de los profesionales^{83,100,101}. Así, los profesionales reportaron estrategias como la autocrítica (en el 74%), buscar apoyo en personas (63%), autodominio emocional (56%) y la reevaluación positiva (21%)²⁶.

El contexto organizacional puede contribuir o dificultar el afrontamiento de los profesionales²⁵, así como las creencias culturales y las diferencias en los sistemas de salud de cada país²⁰. En este sentido, programas de atención de las SVs, en los que se busque la contención de ellas, son claves como herramientas para la recuperación de los profesionales⁹⁷.

En síntesis, las estrategias de afrontamiento son componentes centrales en la recuperación de las SVs. La combinación de recursos centrados en el problema y en la gestión emocional permite enfrentar el EA y mitigar sus efectos. La efectividad está condicionada por factores individuales, organizacionales y socioculturales.

2.8 La evaluación del fenómeno de segunda víctima

El estudio de la realidad de SV fue abordado mediante diversas estrategias metodológicas. Esta diversidad metodológica permitió no solo comprender en profundidad la vivencia subjetiva de los profesionales afectados, sino también desarrollar herramientas estandarizadas para su medición y análisis en contextos institucionales.

Los estudios cualitativos permitieron conocer en profundidad la experiencia^{4,21,34,90,102}. Además, algunos autores utilizaron una metodología combinada para abordar el fenómeno^{7,65,75,103}.

En cuanto al abordaje cuantitativo, los estudios iniciales utilizaron encuestas diseñadas *ad hoc* para cada investigación, y no todas de ellas fueron validadas^{7,45,58,60,104}. Otros estudios evaluaron la relación entre algunos trastornos y la experiencia de SVs. Tal es el caso de quienes utilizan escalas que evalúan el Burnout^{10,56,82,83,105} o estrés postraumático^{6,85}.

Burlison *et al.* diseñaron y validaron el *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST) para conocer la experiencia de SV y las medidas de apoyo percibidas, en un hospital pediátrico de Estados Unidos²⁸. El cuestionario original está compuesto por 29 ítems distribuidos en siete dimensiones: distrés psicológico, distrés físico, apoyo de colegas, apoyo de supervisores, apoyo institucional, apoyo de familiares y amigos y cuestionamiento de habilidades profesionales. Además, incluye dos dimensiones de resultado (intención de abandono profesional y ausentismo laboral), considerando el impacto del fenómeno a nivel institucional. Las respuestas se registran mediante una escala tipo Likert de cinco puntos²⁸.

A continuación, se describen los constructos que integran cada dimensión. El malestar psicológico (*psychological distress*) mide los sentimientos de trauma emocional que experimentan las SVs, como culpa, vergüenza, etc. La dimensión del malestar físico (*physical distress*) se refiere a los síntomas físicos que pueden surgir del estrés o trauma, como la fatiga, el insomnio o las náuseas. En cuanto a la dimensión de apoyo de colegas (*colleague support*), los ítems buscan conocer la calidad del apoyo que los profesionales de la salud reciben de sus compañeros a través de acciones del entorno más cercano como hablar con colegas, sentirse culpabilizados, etc. Le sigue la dimensión apoyo del supervisor (*supervisor support*) que mide la percepción de los empleados sobre cómo sus supervisores manejan y evalúan las situaciones posteriores a al EA. Luego, la dimensión de apoyo institucional (*institutional support*) evalúa si la organización ofrece recursos y comprensión para ayudar a profesionales afectados. Además, la dimensión apoyo no relacionado con el trabajo (*non-work-related support*) examina el apoyo recibido de fuentes externas al entorno laboral, como amigos y familiares. Finalmente, la dimensión autoeficacia profesional (*professional self-efficacy*) evalúa los sentimientos de competencia y confianza de las SVs

en sus habilidades profesionales después de un EA. En cuanto a las dimensiones de resultado se encuentra la intención de rotación (*turnover intentions*) como aquella que mide si las experiencias con EA llevan a los profesionales considerar dejar su trabajo o especialidad; y la dimensión ausentismo (*absenteeism*) se refiere a si las SVs se tomaron días libres por motivos de salud mental²⁸.

El SVEST permite identificar las consecuencias en los profesionales y las medidas de soporte percibidas ofreciendo orientaciones para diseñar estrategias organizacionales de atención a las SVs.

El SVEST fue traducido y validado en varios idiomas, entre ellos el coreano²², chino^{106,107} persa¹⁰⁸, alemán¹⁰⁹, italiano^{110,111}, malayo¹¹², finés¹¹³ y turco¹¹⁴, entre otros²⁹. Se aplicó en distintos contextos incluidos hospitales generales, pediátricos, maternidades y unidades de emergencia.

También se han utilizado otros instrumentos relacionados, como el cuestionario *Second Victim in Deutschland* (SeViD) y la *Moral Injury Symptom and Support Scale for Health Professionals* (G-MISS-HP), para evaluar constructos superpuestos como el daño moral y explorar el distrés que experimentan las SVs^{115,116}.

En conjunto, estos aportes contribuyeron a una caracterización más integral del fenómeno, incorporando dimensiones emocionales, relacionales y organizacionales. La validación de instrumentos como el SVEST y su aplicación en distintos países y contextos asistenciales, fortalecieron la base empírica para diseñar estrategias institucionales de apoyo. El avance en la estandarización y validación de herramientas cuantitativas representa un paso clave para el reconocimiento del fenómeno y la implementación de programas de contención efectivos en los entornos de salud.

En el marco de esta tesis se optó por la utilización del SVEST para conocer la experiencia y soporte de las SVs en Argentina. La elección de este instrumento, frente a otras mencionadas, radica que es la única herramienta validada que busca evaluar las consecuencias en los profesionales y las medidas de soporte utilizadas. Otros instrumentos miden aspectos relacionados a la SV pero que no permiten conocer de forma completa todas las consecuencias y las medidas de apoyo percibidas por los profesionales.

A modo de síntesis se considera SV como el profesional implicado directa o indirectamente en un EA o error no intencionado en la atención sanitaria, y que se convierte en víctima por verse afectado negativamente². Si bien la palabra “víctima” fue objeto de debate, en esta investigación se adopta su uso, por su utilidad para visibilizar el impacto y por no contar con un término alternativo hasta el momento.

Las SVs padecen consecuencias psicológicas, físicas y sociales. Culpa, angustia, ansiedad, insomnio, pérdida de confianza, aislamiento, son algunos de los síntomas que experimentan. Además, se cuestionan sus habilidades profesionales, tienen dificultades para continuar su tarea, piensan que no son capaces y expresan deseos de abandonar la profesión. Finalmente, presentan riesgos para su salud mental, como abuso de sustancias, síntomas de Burnout, estrés postraumático e ideación suicida.

Requieren apoyo para afrontar la situación. El acompañamiento de colegas y supervisores, la existencia de espacios formales de contención y la confianza en el entorno son factores que pueden mitigar el impacto del evento. El apoyo institucional incide en la posibilidad de elaborar la experiencia de manera constructiva. Asimismo, la participación en acciones de mejora, las posibilidades de comunicar el EA en forma clara se reconocen como instancias relevantes para la recuperación y la reintegración profesional. También desarrollan

estrategias de afrontamiento, principalmente de dos modos: aquellas que buscan solucionar el problema y las que pretenden gestionar las emociones.

En esta investigación, se considera la experiencia de SV como un fenómeno complejo, condicionado tanto por factores individuales como por variables organizacionales. Esta perspectiva permite comprender la experiencia de los profesionales más allá del signo o síntoma, situándolo en una red de relaciones, prácticas institucionales y dinámicas culturales. En relación al contexto internacional la prevalencia fue reportada en diversos países de Norteamérica^{6,9,15}, Europa^{7,14,17-19} y Asia²⁰⁻²². En Latinoamérica la evidencia sobre el fenómeno es más reciente^{25,54,57} y no se cuenta con estudios de prevalencia. En este escenario, visibilizar la existencia de este fenómeno en el contexto sociocultural propio, puede ser un paso clave para conocer cómo se comporta es la experiencia de SV en Argentina, e impulsar la generación de datos sobre la magnitud de este problema. Esto podrá promover políticas orientadas a la atención de las SVs y la creación de entornos laborales con mayor seguridad emocional y psicológica.

Por ello, la pregunta que se pretende responder es ¿Cómo se manifiesta la experiencia de la SV de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y personal de farmacia) en Argentina?

Los conceptos aquí definidos orientan la construcción de categorías analíticas y constituyen el marco interpretativo para abordar el fenómeno en el contexto de estudio.

3: OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Explorar la experiencia de la segunda víctima en los profesionales de salud (enfermeros, médicos y personal de farmacia) de Argentina

3.2 Objetivos específicos

A continuación, se enumeran los objetivos específicos que fueron abordados en los 3 estudios incluidos en la presente tesis. Los estudios 1 y 2 constituyen la primera parte de la tesis (validación del instrumento), mientras que el estudio 3 constituye la parte 2 (estudio del fenómeno).

PARTE I: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Estudio 1: Adaptación transcultural del instrumento

1. Realizar la adaptación transcultural del SVEST
2. Evaluar las propiedades psicométricas del SVEST en su versión local

Estudio 2: Estudio confirmatorio

3. Evaluar si se confirma la estructura factorial del SVEST en su versión local, mediante análisis factorial confirmatorio

PARTE II- ESTUDIO DEL FENÓMENO

Estudio 3: Estudio mixto explicativo secuencial

Fase cuantitativa

4. Identificar las consecuencias que presentan los profesionales que participaron en un incidente de seguridad

5. Identificar las medidas de apoyo que recibieron las personas involucradas en un incidente de seguridad
6. Analizar la asociación entre las consecuencias (psicológicas, físicas y profesionales) de las SVs, las medidas de soporte (colegas, supervisor, institución y extralaboral) y los resultados (abandono profesional e ausentismo).
7. Analizar si las consecuencias y medidas de apoyo percibidas varían en función de la profesión
8. Indagar si existe asociación entre la antigüedad y la experiencia de SV.

Fase cualitativa

9. Explorar las consecuencias que experimentaron los profesionales luego de haber estado involucrados en el incidente.
10. Explorar las respuestas del entorno laboral percibidas por los profesionales involucrados en el evento y su significado en la experiencia de SV.
11. Explorar las estrategias de afrontamiento personales que utilizaron para intentar superar el evento.

PARTE I: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

4: ESTUDIO 1: ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO

4.1 Objetivo

Este estudio responde a los objetivos específicos 1 y 2 establecidos en el Capítulo 3, orientados a la Validación del instrumento (Parte I).

4.2 Método

4.2.1 El instrumento original

El SVEST fue desarrollado por Burlinson *et al.* y recoge los síntomas psicológicos, físicos y las consecuencias profesionales, así como los recursos de apoyo percibidos por los profesionales. Consta de 29 ítems representados en 9 dimensiones. Siete de las dimensiones se refieren a los síntomas de las SVs y las medidas de apoyo deseadas. Las restantes 2 dimensiones consideran los resultados del fenómeno a nivel organizacional. Las 7 dimensiones son malestar psicológico, malestar físico, apoyo de los compañeros, apoyo del supervisor, apoyo no relacionado con el trabajo y autoeficacia profesional. Las 2 variables de resultado fueron las intenciones de rotación y el absentismo. Fue desarrollado en inglés, y validado con 281 profesionales sanitarios que se desempeñaban en un hospital pediátrico en Estados Unidos. Los índices de validez del estudio realizado en Estados Unidos mostraron un análisis confirmatorio con el ajuste general del modelo ($\chi^2 = 566,06$, $df = 254$, $p < 0,01$, $CFI = 0,910$, $RMSEA = 0,066$) adecuado. Las puntuaciones de fiabilidad α de Cronbach para las dimensiones de la encuesta oscilaron entre 0,61 y 0,89²⁸.

Para la utilización del cuestionario en el presente estudio se contactó al autor solicitándole el instrumento y su autorización para adaptarlo al lenguaje español para ser utilizados en Argentina (Anexo 1). Burlinson envió el instrumento original en inglés (Anexo 2). Además

había comenzado con una traducción del SVEST al español, por lo que también adjuntó una primera versión del mismo instrumento en español (Amexo 3).

Una vez obtenido el cuestionario en su idioma original, el proceso de validación se realizó teniendo en cuenta las recomendaciones de Streiner & Norman¹¹⁷

4.2.2 Proceso de traducción

Contando con una primera versión del instrumento en español realizada por Burlison, se realizó una nueva traducción al español, partiendo de la versión en inglés. En este caso, la segunda versión de traducción se solicitó a una profesora y traductora de inglés, residente en Argentina, obteniéndose así una segunda versión del instrumento en español (Anexo 4: SVEST (Estudio 1)).

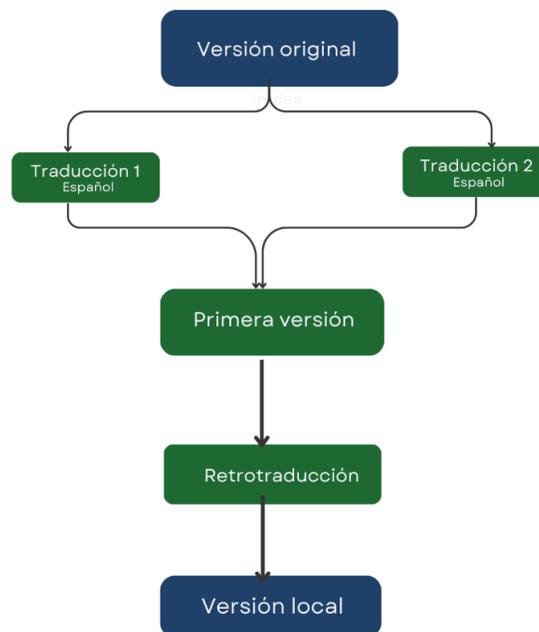


Figura 1: Proceso de traducción

Posteriormente se combinaron ambas traducciones en una sola versión, respetando los aspectos conceptuales de cada ítem propuesto (Figura 1). Luego, se sometió a una validación lingüística por parte de tres profesionales que discutieron la traducción de cada enunciado hasta llegar a un consenso. Los expertos fueron seleccionados considerando su área de desarrollo profesional y de conocimiento, siendo idóneos para la validación lingüística y conceptual del instrumento. Uno de los expertos es Doctor en Medicina con experiencia en desarrollo y adaptación transcultural de instrumentos de medida en salud y manejo del idioma inglés como segundo idioma. Otro de los expertos es Lic. en enfermería, Mg. en administración de empresas de salud, y se desempeñaba como Jefa del departamento de enfermería de una institución privada de salud. Finalmente, la tercera persona, también Lic. en enfermería, se desempeñaba en el Departamento de Calidad y Seguridad del paciente de un hospital privado.

El énfasis de este proceso estuvo en una traducción conceptual buscando entender el significado de cada ítem y dimensión, más que una traducción literal del instrumento. También se consideraron las características lingüísticas y culturales para garantizar que el instrumento pudiera evaluar cada una de las dimensiones de manera adecuada¹¹⁸ y ser comprendido por el personal sanitario local.

En ese sentido, algunos ítems se identificaron como confusos. Se detallan aquí algunos aspectos que se trabajaron en la versión final del instrumento:

- En la dimensión malestar físico, el término *mental weight*, la traducción literal, refería a “peso mental”. Sin embargo, a criterio de los expertos consultados, el término “peso mental” parecía ser complejo de interpretar para los destinatarios de la encuesta. En este sentido se cambió el término por “estrés”.

- En la dimensión apoyo del supervisor, cuando se menciona “mi supervisor culpa a los individuos”. Se decidió cambiar el término “individuos” por “equipo” a fin de dejar en claro que se refería a los profesionales del equipo de atención y no a los pacientes.
- En la dimensión apoyo del supervisor, se consideró que la expresión “mi supervisor o jefe me responde de forma justa” era difícil de interpretar de forma unificada por los participantes. Las preguntas que surgieron por parte de los expertos fueron: “¿Qué es justo para uno y para otros? ¿Qué pasa con alguien que siente que el supervisor o jefe lo trataba de forma injusta previo al incidente?”. Lo mismo ocurrió con la expresión “siento que mi supervisor me trata adecuadamente”. El término adecuado, parecía ambiguo. Sin embargo, en el instrumento original, la dimensión presentaba un α de Cronbach bueno (0.87), incluyendo el ítem mencionado. Por este motivo, en una primera fase exploratoria se decidió dejar este ítem y realizar una evaluación al finalizar este primer estudio. Además, se decidió añadir el ítem “Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que sucedió”. Con ello en la primera prueba se mantuvieron ambos ítems, a fin de determinar cuál de los dos ítems arrojaba mejores índices y cómo se comportaba la dimensión apoyo de supervisor según la versión original por un lado y con la incorporación de la nueva variable por otro.

A continuación, una persona independiente realizó la traducción inversa. Esta era nativa de Argentina y con manejo del idioma inglés por su titulación como Traductora y Profesora de Inglés (Anexo 5). Ésta se comparó con la versión original del SVEST y fue enviada y aprobada por Burlison (Anexo 6), obteniéndose la versión final de instrumento en español (Anexo 7). Esta versión fue utilizada para el análisis de las propiedades psicométricas.

4.2.3 Validez de contenido

La validez se refiere al grado en que un instrumento mide el constructo que se propone evaluar, en este caso, la experiencia de la SV y las medidas de apoyo percibidas. Corresponde al respaldo que brindan la teoría y las pruebas estadísticas a las puntuaciones obtenidas, en función del uso previsto¹¹⁷. Existen distintos tipos de validez, entre ellos, la validez de contenido, la validez de constructo y la validez de criterio. En el presente estudio se evaluó la validez de contenido y, posteriormente, la validez de constructo.

La validez de contenido analiza la relación entre el contenido del test y el constructo y se basa en el juicio de los expertos acerca de los contenidos de los ítems¹¹⁷. Ésta se realizó a través del juicio de 5 expertos, en entrevistas individuales. Allí se evaluó la precisión del instrumento para medir el fenómeno de SV y la pertinencia y claridad de los ítems propuestos. Todos los profesionales eran Lic. en enfermería con experiencia en el ámbito profesional. Dos de ellos se desempeñaban en el área de seguridad del paciente, otro contaba con una sólida formación en metodología de investigación, y los dos restantes procedían del ámbito clínico, con experiencia en gestión hospitalaria.

Una vez completado este paso, el instrumento fue expuesto a una prueba exploratoria. Se agregaron variables sociodemográficas y del contexto del estudio. De este modo, la encuesta final de recolección de datos contaba con 37 variables. De ellas, 4 eran variables sociodemográficas (nivel de estudios, antigüedad, si conocían el término SV, si contaban con Equipo de seguridad del paciente en su institución). Tres ítems pretendían conocer la experiencia de EA con las variables: sobre si habían experimentado un EA, si había informado el mismo y cuantos pacientes a cargo tenía en el momento de haber cometido el

EA. Aquellos participantes que habían experimentado un EA, se les solicitó que completaran el SVEST en que constaba de 30 ítems. Veintiséis de estos ítems representaban las dimensiones de experiencia y soporte de las SVs y los 4 restantes las dimensiones de resultados (Anexo 7). La encuesta se distribuyó en formato papel a los profesionales que participaban en un evento de capacitación profesional de cuyos contenidos no estaban relacionados a la seguridad del paciente.

4.2.4 Participantes

La población fue profesionales de enfermería que participaban de instancias de capacitación (jornadas y cursos cortos). Los criterios de inclusión fueron: trabajar en la atención directa de pacientes, estar presentes en el momento de la recogida de datos y poseer un 70% o más del SVEST completo; se excluyeron los profesionales que no desearan participar. Se tomó la totalidad de los participantes de las jornadas de capacitación a las que se accedió por conveniencia.

La encuesta se entregó a 452 profesionales de enfermería. 9 fueron eliminadas, resultando 443 encuestas para el análisis.

En cuanto al nivel de formación 50.2% (n=227) eran enfermeros profesionales y 47.8% (n=216) licenciados en enfermería. El 65.7% (n=297) no conocían el término SV (Tabla 1).

Un total de 242 profesionales (53.5% del total de encuestados) declararon haber estado involucrados en un EA. De ellos, el 82.2 % (n= 199) lo informó y el 47.1 % (n=114) tenía más de 6 pacientes a cargo (Tabla 1).

Tabla 1: Características sociodemográficas de la población

	Estuvieron involucrados en un EA (N=242)		No estuvieron involucrados en un EA (n=201)		Población total (n=443)	
	FR	%	FR	%	FR	%
Nivel de estudios						
Enfermero profesional	113	25.0	114	25	227	50.2
Licenciado en Enfermería	129	28.5	87	19	216	47.8
Total	242	53.5	201	44	443	98
Conoce el término segunda víctima	164	36.3	133	29	297	65.7
Su institución cuenta con servicio de Seguridad del paciente	126	27.9	120	27	246	54.4
Antigüedad	X	DE	X	DE	X	DE
	10.9	8.2	9.6	7.4	12.8	11.5
Cantidad de pacientes a cargo	FR	%				
Un paciente	7	2.9				
Dos pacientes	6	2.5				
Tres pacientes	16	6.6				
Cuatro pacientes	20	8.3				
Cinco pacientes	33	13.6				
Seis pacientes	21	8.7				
Más de 6 pacientes	114	47.1				
No recuerdo	25	10.3				
Total	242	100				
¿Informó el EA?						
No	35	14.5				
Si	199	82.2				
No contestó	8	3.3				
Total	242	100				

EA: Evento adverso

Para determinar las propiedades psicométricas del SVEST, se tomaron aquellas encuestas cuyos participantes habían experimentado un EA (n=242). Setenta y tres de ellos, fueron eliminados por no presentar el SVEST completo, resultando un total de 169 encuestas para el análisis psicométrico.

4.2.5 Proceso estadístico

4.2.5.1 Análisis exploratorio

El análisis de datos se realizó con el programa SPSS 22. La validez de constructo se determinó a través de un AFE mediante el método de extracción de componentes para explorar la estructura de la encuesta en las dimensiones experiencia (psicológica, física, habilidades profesionales) y soporte (colegas, supervisor, institución, extra laboral) de las SVs. Se realizaron la prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) para determinar la conveniencia de la prueba. Se aplicó la rotación Varimax para permitir factores correlacionados.

4.2.5.2 Fiabilidad

La fiabilidad del instrumento refleja el grado en que la medición puede variar entre individuos¹¹⁷. Muestra la consistencia o estabilidad del instrumento. En primer lugar, se realizó la estimación del coeficiente α de Cronbach global del instrumento, así como para cada dimensión. Un valor $\alpha \geq 0.70$ se considera aceptable¹¹⁹.

Posteriormente se analizó el interior de cada dimensión, a través de los coeficientes de correlación ítem-total corregidos¹¹⁷ considerando valores iguales o menores a 0.20 contribuían poco a la medición del fenómeno. Además, en la selección de ítems, los cambios en Cronbach α con la eliminación de cada ítem también se tuvieron en cuenta.

4.2.6 Procedimiento de recolección de datos y aspectos éticos

El estudio fue observacional, de riesgo mínimo. Para velar por los aspectos éticos se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos. En primer lugar, preservar la voluntariedad de los participantes. Ellos fueron invitados a participar de forma anónima y voluntaria. En el ingreso a la capacitación realizada se les entregó la encuesta con formato papel. Quienes aceptaron participar, podían entregarla en una urna, depositada en el área de descanso. La urna estaba cubierta, de forma que no podía contemplarse el contenido depositado en su interior. Además, en el encabezado de la encuesta explicaba los fines de la misma, así como la voluntariedad de participar (Anexo 7).

En segundo lugar, respetar el anonimato de los participantes. No se recogieron datos de identificación de las personas encuestadas, y como se mencionó, la urna donde la depositaban era opaca, a fin de evitar la posible identificación del participante en el momento de dejar la encuesta en la urna.

Finalmente, el estudio fue evaluado por el Departamento de Desarrollo Académico del Hospital Universitario Austral (HUA), que veló por su integridad científica. Por tratarse de una investigación observacional, de bajo riesgo y que respetó la voluntariedad y el anonimato de los participantes, no requirió aprobación del Comité Institucional de evaluación (CIE), según las normativas vigentes en el momento de realizar el estudio¹²⁰.

4.3 Resultados

4.3.1 Análisis exploratorio

El AFE fue utilizado para investigar la validez de constructo del SVEST en su versión en español. La prueba de KMO ofreció un valor de 0.74, y la prueba de esfericidad de Barlett fue de 1629.281, $gl=325$. $p=0.000$ (Tabla 2). Estos datos permitieron determinar que la encuesta era adecuada para factorizar las variables.

Tabla 2: Prueba de adecuación muestral

Medida KMO de adecuación de muestreo		0.741
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	1629.281
	gl	325
	Sig.	.000

KMO: Kaiser–Meyer–Olkin; gl: grados de libertad; sig: significación

El gráfico de sedimentación se organizó en 8 dimensiones con autovalores superiores a 1 (Figura 2) que explicaron el 63.2% del modelo (Tabla 3). El análisis paralelo también indicó la existencia de 8 dimensiones. Para determinar la distribución de los ítems en estos factores se utilizó el método de factorización del eje principal y la rotación varimax con normalización de Kaiser.

Figura 2: Grafico de sedimentación

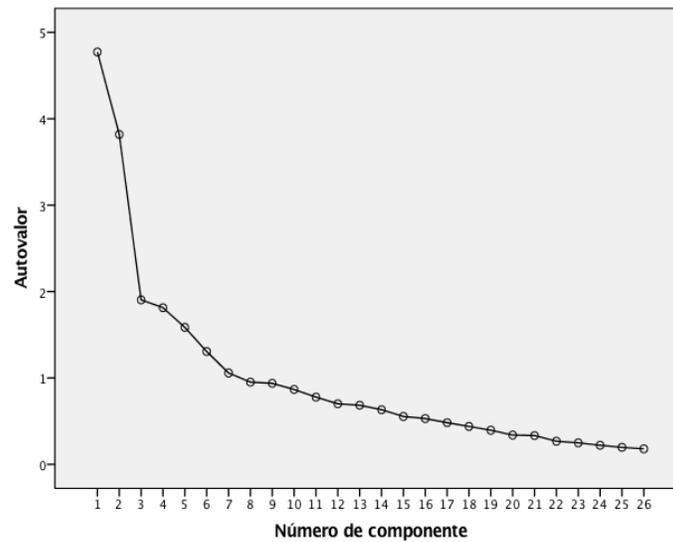


Tabla 3: Varianza total explicada del SVEST

Componente	Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	3.749	12.496	12.496
2	3.157	10.522	23.018
3	2.406	8.020	31.038
4	2.266	7.554	38.592
5	1.980	6.601	45.193
6	1.922	6.407	51.600
7	1.747	5.824	57.425
8	1.733	5.777	63.201

Método de extracción: análisis de componentes principales. SVEST: Second Victim Experience and Support

Tool

La tabla 4 muestra los 30 ítems de las 8 dimensiones agrupados según los valores más altos. Todos los ítems presentaron una correlación superior a 0.4 en sus componentes, justificando su adecuación al constructo. En este caso el ítem “indiferencia” por el factor 5 (en lugar del 7). Además, el ítem “Preocuparse por el bienestar de las personas implicadas en este tipo de incidentes no es característico de mi organización u hospital”, mostró mayor correlación por el factor 7 (dimensión colegas), en lugar del factor 8. Finalmente, el ítem “dejar de atender

pacientes” agrupó con mayor puntaje sobre el factor 1 (habilidades profesionales), en lugar del factor 6 (resultados), aunque en este último presentó una correlación de 0.449.

Tabla 4: Análisis factorial exploratorio del SVEST

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8
Vergüenza	.123	.032	.658	.075	-.079	.080	-.030	.114
Miedo	.343	.155	.469	.278	-.084	.060	-.069	.009
Tristeza	.004	-.005	.802	.087	.073	.142	.136	.079
Culpa	.211	-.042	.744	-.036	.038	-.163	.007	.069
Stress	.099	-.107	.458	.325	.213	.084	.255	.007
Sueño	.146	-.059	.335	.658	.030	.049	-.003	.024
Nauseas	.130	.051	.018	.780	.047	-.038	.087	-.124
Apetito	.024	.052	.029	.751	.069	.043	.056	.011
Consuelo compañeros	.010	-.012	.103	.406	.037	-.092	.593	.131
Alivio	.123	.147	-.056	-.046	.216	.115	.659	-.041
Indiferencia	.260	-.196	.087	.085	-.613	-.059	.029	.016
Buen profesional	-.152	.374	.110	-.011	.087	.078	.704	.076
Trato adecuado	-.184	.776	.096	.078	.001	.169	.191	.086
Trato justo	-.107	.791	.013	.040	.100	.099	.086	.098
Culpa al equipo	.119	-.547	.016	.175	.013	.157	.025	.117
Complejidad	.023	.741	.025	.139	.019	-.129	.095	.179
Comprensión	-.021	.812	-.135	-.016	.049	-.276	.020	.127
Ayuda	-.003	.299	.136	-.056	.040	-.013	.114	.802
Recursos	.104	.068	.124	-.038	.093	.052	.050	.887
Preocupación	.088	-.079	.108	.161	-.379	-.105	.451	.302
Apoyo emocional	.257	.009	.129	.142	.774	.032	.147	.097
Afecto de amigos y familia	.223	-.051	.054	.211	.799	-.006	.193	.110
Inseguridad	.625	-.108	.213	.191	.201	.192	-.023	.058
Buen profesional (HP)	.765	-.083	.153	.220	.113	-.052	.022	.026
Miedo a realizar tareas complejas	.821	-.123	.089	.042	-.012	-.036	.081	.042
Habilidades profesionales	.857	-.112	.122	-.006	.076	.080	-.027	.043
Dejar de atender pacientes	.719	-.004	.068	-.046	-.080	.449	-.021	.038
Dejar mi trabajo	.537	-.112	-.033	.178	-.007	.494	.154	-.171
Día por estrés	.148	-.062	.041	.088	.074	.840	.036	-.018
Ausentismo	.093	-.101	.086	-.088	.025	.785	-.004	.086

SVEST: Second Victim Experience and Support Tool

4.3.2 Fiabilidad

El coeficiente α de Cronbach para la puntuación total de la escala fue de 0.805. Los coeficientes α de Cronbach para cada dimensión oscilaron entre 0.33 y 0.85 (Tabla 5). Las de mayor consistencia fueron las dimensiones autoeficacia profesional ($\alpha=0.85$) y el apoyo

no relacionado con el trabajo ($\alpha=0.84$). La que obtuvo el α de Cronbach menor fue la dimensión colegas ($\alpha=0.330$) (Tabla 5).

Tabla 5: Consistencia interna del instrumento y por dimensión

DIMENSIÓN	α de Cronbach basada en elementos estandarizados
Estrés psicológico	0.743
Estrés físico	0.702
Apoyo colegas	0.330
Apoyo supervisor (versión original)	0.449
Apoyo al supervisor (versión local)	0.615
Soporte institucional	0.641
Soporte no relacionado con el trabajo	0.846
Autoeficacia profesional	0.858
Intención de rotar	0.713
Ausentismo	0.734
ALFA GLOBAL	0.805

La dimensión de apoyo del supervisor con la variable añadida en este estudio obtuvo un $\alpha=0.61$ versus $\alpha=0.49$ de la misma dimensión en su versión original (Tabla 5).

En el análisis hacia el interior de cada dimensión se tuvo en cuenta el ítem total corregido y el valor de α si se eliminaba el elemento. En la dimensión colegas el ítem 3 (indiferencia) afectó negativamente a la puntuación de fiabilidad α de Cronbach, mostrando una correlación ítem total de elementos corregida de -0.1. Al eliminar este ítem la puntuación de Cronbach mejoraba de 0.33 a 0.56 (Tabla 6). El ítem “trato justo”, y “trato adecuado” no presentaron dificultades en sus valores de correlación o de α si se eliminaba el elemento. En la dimensión de apoyo al supervisor, el ítem culpa (“Mi supervisor culpaba a todos los miembros del equipo”), presentó baja correlación de elementos corregida en ambas versiones de la dimensión (-0.251 en la versión original y -0.288 en la versión local). Si se suprime el ítem de culpa, el valor de Cronbach asciende a 0.83 para la dimensión apoyo al supervisor en su versión local y a 0.78 en su versión original. Sin embargo, el coeficiente α global de la escala no se modificaba (Tabla 7). El ítem nuevo de la dimensión supervisor (“Siento que mi

supervisor o jefe me comprendió ante lo que sucedió”) obtuvo buenos índices de correlación ítem total corregido (ICC=0.58) y se si eliminaba el ítem el valor del coeficiente α descendía a 0.46 (Tabla 6).

La dimensión apoyo institucional obtuvo un valor alfa inferior al aceptable ($\alpha = 0.64$), aunque el mismo valor del coeficiente se presentó en la escala original²⁸. Al eliminar el ítem de preocupación (“Preocuparse por el bienestar de las personas implicadas en este tipo de incidentes no es característico de mi organización u hospital”), el valor de α fue de 0.79 (Tabla 6).

Tabla 6: Estadísticas del total de elemento por dimensión

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido de la dimensión
Dimensión psicológica					
Vergüenza	11.65	10.166	0.507	0.258	0.683
Miedo	12.05	9.623	0.468	0.224	0.716
Triste	11.44	10.521	0.595	0.394	0.640
Culpa	11.51	10.461	0.555	0.368	0.658
Dimensión física					
Estrés	5.97	9.072	0.359	0.169	0.714
Sueño	7.48	7.760	0.549	0.316	0.599
Nauseas	7.79	7.414	0.548	0.382	0.599
Apetito	8.00	8.600	0.506	0.314	0.631
Dimensión colegas					
Consuelo	9.48	6.477	0.239	0.097	0.211
Alivio	8.45	6.583	0.275	0.196	0.171
Indiferencia	10.05	9.702	-0.119	0.020	0.568
Buen profesional	8.38	5.853	0.390	0.230	0.017
Dimensión supervisor (versión original)					
Trato adecuado	8.65	7.017	0.496	0.456	0.167
Trato justo	8.76	6.877	0.519	0.509	0.141
Culpa al equipo	10.30	13.461	-0.251	0.092	0.784
Complejidad	9.22	6.532	0.502	0.310	0.139
Dimensión Supervisor (versión local)					
Trato adecuado	12.17	13.121	0.579	0.476	0.478
Trato justo	12.29	12.955	0.598	0.510	0.467
Culpa al equipo	13.83	23.055	-0.288	0.154	0.836
Complejidad	12.75	11.968	0.645	0.484	0.430
Comprensión	12.32	12.776	0.587	0.539	0.469
Dimensión institución					
Ayuda	4.66	4.927	0.576	0.445	0.370
Recursos	5.00	5.086	0.576	0.445	0.374
Preocupación	4.74	7.158	0.251	0.063	0.797
Dimensión no relacionada al trabajo					
Apoyo emocional	3.25	2.393	0.733	0.537	
Afecto de amigos y familia	2.91	2.430	0.733	0.537	
Dimensión habilidades profesionales					
Inseguridad	6.57	14.237	0.641	0.419	0.843
Buen profesional (HP)	6.65	13.550	0.721	0.542	0.808
Miedo a realizar tareas complejos	7.02	14.718	0.694	0.513	0.819
Habilidades profesionales	6.93	14.298	0.750	0.597	0.797
Dimensión abandono profesional					
Dejar atender	1.61	1.283	0.554	0.307	
Dejar mi trabajo	1.52	1.179	0.554	0.307	
Dimensión ausentismo					
Día por estrés	1.15	0.398	0.580	0.336	
Ausentismo	1.27	0.713	0.580	0.336	

Tabla 7: Estadística del total de elementos en el global del SVEST

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	α si se ha suprimido el elemento
Vergüenza	78.47	226.298	0.345	0.344	0.799
Miedo	78.86	220.035	0.436	0.428	0.795
Triste	78.34	225.618	0.418	0.521	0.797
Culpa	78.40	227.075	0.358	0.450	0.799
Estrés	78.66	224.548	0.428	0.408	0.796
Sueño	80.20	223.947	0.424	0.453	0.796
Nauseas	80.43	225.806	0.341	0.439	0.799
Apetito	80.75	229.643	0.314	0.350	0.800
Consuelo	79.82	223.552	0.359	0.353	0.798
Alivio	78.70	229.483	0.261	0.287	0.802
Indiferencia	80.36	239.268	0.018	0.268	0.812
Buen profesional	78.66	229.084	0.269	0.473	0.802
Trato adecuado	78.82	231.111	0.203	0.641	0.805
Trato justo	78.88	232.383	0.175	0.601	0.806
Culpa al equipo	80.43	237.353	0.062	0.307	0.810
Complejidad	79.31	227.833	0.262	0.589	0.803
Comprensión	78.90	237.531	0.051	0.675	0.811
Ayuda	79.97	226.910	0.291	0.560	0.801
Recursos	80.27	225.699	0.330	0.528	0.799
Preocupación	79.91	230.439	0.223	0.222	0.804
Apoyo emocional	79.43	219.746	0.429	0.644	0.795
Afecto de amigos y familia	79.14	220.797	0.409	0.667	0.796
Inseguridad	79.96	217.433	0.482	0.589	0.792
Buen profesional (HP)	80.02	216.654	0.508	0.648	0.791
Miedo a realizar tareas complejos	80.40	222.038	0.431	0.634	0.795
Habilidades profesionales	80.31	221.324	0.449	0.686	0.794
Dejar atender	80.97	229.077	0.365	0.536	0.799
Dejar mi trabajo	80.87	228.638	0.343	0.534	0.799
Día por estrés	81.20	234.944	0.231	0.496	0.803
Ausentismo	81.31	238.238	0.153	0.403	0.805

SVEST: Second Victim Experience and Support Tool

4.4 Conclusión

El SVEST en su versión local, no presentó dificultades para comprender e interpretar las preguntas, y la evaluación de la consistencia interna mostró una fiabilidad adecuada.

Al analizar cada una de las dimensiones, las dimensiones de autoeficacia profesional y apoyo no relacionado con el trabajo obtuvieron un mayor grado de correlación. Burlison *et al.*

obtuvieron valores α similares en estas dimensiones²⁸. El K-SVEST mostró valores altos en la dimensión de apoyo no relacionado con el trabajo, pero no fue así en el caso de la autoeficacia profesional²². Las dimensiones apoyo al supervisor, apoyo institucional y de colegas presentaron baja consistencia interna.

El ítem “indiferencia” se refiere a una actitud de los compañeros y en el AFE cargó de forma negativa en la dimensión apoyo familiares y amigos. Además, afectó la fiabilidad de la dimensión, ya que si se eliminaba esta dimensión mejoraba su índice α . Por este motivo se consideró cambiar la redacción del ítem, el término “indiferencia” por “apoyo” y evaluar su comportamiento en el AFC.

La dimensión del apoyo del supervisor, en su versión original, presentó una consistencia baja que mejoró en la nueva versión de la dimensión. En ambos casos, el ítem culpa presentó dificultades. Sin embargo, teniendo en cuenta la validez de concepto del ítem culpa, se decidió mantenerlo en la escala y evaluar su comportamiento en el estudio posterior. Se consideró que, al momento de la realización del estudio, la cultura punitiva frente a un EA esta presente en el ámbito sanitario local. Además, la misma dimensión con la adición de un nuevo ítem (nueva versión), mostró un nivel adecuado de consistencia. Por ello, se decidió optar por la dimensión supervisor con la versión local del instrumento. El ítem “me trata de forma justa” y “trato adecuado” de esta dimensión fueron reevaluados y se los unificó en un único ítem “mi supervisor actúa para resolver la situación”.

Finalmente, la dimensión del apoyo institucional el ítem “Preocupación” presentó dificultades en la validez y fiabilidad. En el primer caso puntuó sobre la dimensión colegas y en el segundo caso su eliminación mostró un mejor índice de α para la dimensión. En este estudio, estos valores mejoraron cuando se eliminó un ítem.

En cuanto a la agrupación de dimensiones, el análisis exploratorio agrupó en 8 dimensiones, unificando la dimensión abandono profesional y ausentismo en una única dimensión.

Con esta nueva versión del cuestionario, se realizó un nuevo estudio para confirmar la estructura factorial.

5: ESTUDIO 2: ANÁLISIS CONFIRMATORIO

5.1 Objetivos

Este estudio responde al objetivo específico número 3 establecido en el Capítulo 3 orientado a confirmar la estructura factorial de la validación al español de la escala SVEST en una nueva muestra de profesionales de la salud.

Para ello se analizó la estructura factorial de la escala utilizando un AFC para comparar dos modelos teóricos. El primer modelo postuló una estructura factorial de 9 dimensiones, tal y como se propone en la versión original²⁸, y el segundo modelo, una estructura de 8 dimensiones, tal y como se ha estudiado en otros países^{22,106}. Además, luego de las modificaciones realizadas en la escala se analizó su consistencia interna.

5.2 Método

5.2.1 Instrumento

El instrumento final se compuso de 28 ítems. Los ítems reflejan la percepción en primera persona del SV respecto a cada una de las dimensiones y las respuestas se miden en una escala Likert de 5 puntos con un rango de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

Se recopilaron datos en cinco instituciones sanitarias. Se incorporaron 7 variables sociodemográficas (institución a la que pertenece, rol que desempeña, antigüedad, conoce el término SV, si experimentó un EA, tiempo de haber estado involucrado el evento, e informe del mismo). A aquellos participantes que respondieron afirmativamente a haber estado involucrado en un EA se les invitó a completar la segunda parte, que estaba compuesta por

la nueva versión del SVEST (Anexo 8). La encuesta, en formato papel, era anónima y se depositaba en una urna una vez completada.

5.2.2 Participantes

La población fueron profesionales de salud involucrados en el proceso de medicación. Los criterios de inclusión eran: profesionales de enfermería que se encontraban desempeñando actividades asistenciales y que hubieran firmado el consentimiento informado, personal médico que se encontraba desempeñando actividades asistenciales en el proceso de medicación y que hubiera firmado el consentimiento informado, personal de farmacia que se encontraba desempeñando actividades involucradas en el proceso de gestión de medicación y que hubiera firmado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: profesionales que se encontraban ausentes en el momento de la recolección de datos y profesionales que no desearan participar del estudio.

Un total de 1190 profesionales completaron la encuesta. De ellos, 665 respondieron que habían experimentado un EA y accedieron a completar la escala SVEST completa (Tabla 8).

Tabla 8: Variables sociodemográficas del total de la muestra

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Rol laboral		
Auxiliar de enfermería	72	6.1
Enfermero	786	66.1
Médico	271	22.8
Farmacéutico	15	1.3
Auxiliar de farmacia	18	1.5
Otro	22	1.8
No responde	6	0.5
¿Alguna vez experimentó un EA?		
No	520	43.7
Si	665	55.9
No responde	5	0.4

EA: Evento adverso

5.2.3 Análisis estadístico.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 22, AMOS 26 y JASP.

Para estudiar la validez de constructo se realizó un análisis confirmatorio¹¹⁹. Para realizar el AFC se tuvieron en cuenta las etapas recomendadas por Medrano¹²¹. En primer lugar, se especificaron dos modelos. El modelo 1, con 28 ítems agrupados en 9 dimensiones, responde al formato original establecido por Burlinson *et al*²⁸. El modelo 2, con los mismos ítems, agrupados en 8 dimensiones. En este caso se agruparon la dimensión de resultados (intención de rotar y ausentismo) en una sola dimensión según los resultados obtenidos en el estudio 1. En segundo lugar, se identificó el modelo a fin de determinar los análisis a realizar. Para ello se puso a prueba la normalidad multivariada de los datos utilizando el test de Mardia. Cuando este test muestra significancia estadística, se consideró falta de normalidad multivariada. Además, se consideró la división del valor de χ^2 / gl teniendo en cuenta el valor por debajo de 3 como un modelo que presenta buen ajuste¹²¹.

En tercer lugar, se realizó la estimación del modelo utilizando el método de estimación por mínimos cuadrados ponderados diagonalmente (DWLS: *diagonal weighted least squares*)^{121,122}. Para la evaluación del modelo (cuarta etapa), se consideraron como índices de bondad de ajuste el CFI, TLI, GFI, NNFI y el RMSEA. Se utilizaron múltiples indicadores de ajuste a fin de obtener una evaluación más completa del modelo¹²¹. Para los índices de ajuste se tomó como aceptables valores superiores a 0.90 buscando un valor a 0.95 por ser lo mayormente recomendado en la literatura. Para el RMSEA los valores inferiores a 0.06 se consideran óptimos e inferiores a 0.08 aceptables¹²¹.

Para analizar cuál de los modelos ajusta mejor a los datos se propuso el cálculo de la diferencia de chi y de gl entre los modelos propuestos. Se consideró que los modelos diferían en los niveles de ajuste si la diferencia hallada alcanzaba un nivel de significación inferior a 0.05¹²³.

La consistencia interna del instrumento se obtuvo a través del coeficiente de correlación ítem-ítem e ítem-test y la estimación del coeficiente α de Cronbach de global y de cada dimensión. Se considera aceptable un $\alpha \geq 0.70$ ¹¹⁹. A fin de evitar la influencia por la cantidad de factores expresados en el α se realizó también el cálculo del Omega-McDonald¹¹⁹.

5.2.4 Procedimiento para la recolección de los datos y aspectos éticos

Se trató de un estudio observacional de bajo riesgo. La encuesta fue anónima y voluntaria. Para respetar el anonimato, las variables sociodemográficas no permitieron identificar a los participantes. El acceso a la encuesta fue a través de un link, que se distribuyó por miembros del equipo de investigación. No se realizó seguimiento de los participantes, como tampoco se pudo determinar quiénes de los invitados contestaron la encuesta. En el encabezado de la encuesta se ofrecía información relacionada al estudio y se exponía la voluntariedad de la participación (Anexo 8).

El estudio fue evaluado y aprobado por CIE bajo el número N 17-074 para su realización.

5.3 Resultados

5.3.1 Variables sociodemográficas

De los 665 participantes se eliminaron 14 cuestionarios por no tener el SVEST completo, quedando en total 651 para el análisis final. En este grupo, el 67,1% eran enfermeros, seguidos de médicos. La mitad de los profesionales conocía el termino SV. El 38,1% de los profesionales había estado involucrado en un EA hace más de tres años y el 88% informó el evento (Tabla 9).

Tabla 9: Variable sociodemográficas de quienes estuvieron involucrados en un EA

	Frecuencia	Porcentaje
Área de desempeño		
Auxiliar de enfermería	22	3.4
Enfermero	434	67.1
Médico	162	25.0
Farmacéutico	10	1.5
Auxiliar de farmacia	11	1.7
Otro	8	1.2
Perdidos	4	0.6
Conoce el termino segunda víctima		
No	325	49.9
Si	320	49.1
Perdidos	6	0.9
Hace cuanto cometió el EA		
Menos de 1 año	136	20.9
Entre 1 y 2 años	125	19.2
Más de 3 años	248	38.1
No recuerda	135	20.7
Perdidos	7	1.1
Informó el EA		
No	62	9.5
Si	573	88.0
Perdidos	16	2.4

EA: Evento adverso

5.3.2 Análisis factorial confirmatorio

Un total de 651 profesionales fueron tenidos en cuenta para evaluar la validez de constructo a través del AFC. El modelo 1 fue testeado con 28 ítems en 9 dimensiones, de acuerdo al modelo original²⁸. El modelo 2 fue testeado con 28 ítems en 8 dimensiones de acuerdo a los resultados del AFE de este estudio y a los aspectos conceptuales que permiten agrupar las dimensiones resultados (abandono y ausentismo) en una única dimensión. La tabla 11 presenta la agrupación de cada uno de los modelos analizados en el AFC.

La prueba de Mardia se utilizó para evaluar la normalidad multivariada de los datos. Se obtuvieron los siguientes resultados: el coeficiente de asimetría multivariada fue de 95.606 ($p < 0.001$) y el coeficiente de curtosis multivariada fue de 983.809 ($p < 0.001$). Por lo tanto, los datos no presentaron una distribución normal. Lo que determinó utilizar estimadores no paramétricos como el DWLS.

En el Modelo 1, el estadístico chi-cuadrado (χ^2) fue de 690.264 con 314 grados de libertad (gl), lo que resultó en un cociente χ^2/gl de 2.20. Los índices de error fueron para el RMSEA de 0.042, y el RMR de 0.095. Los índices de ajuste obtenidos fueron un CFI=0.966 un TLI y un NNFI de 0.963 y los índices absolutos fueron GFI = 0.976 y el NNFI=0.963 (Tabla 10). Por su parte, el modelo 2 presentó un χ^2 de 728.29 con 322 gl. con un cociente χ^2/gl de 2.26. Los índices de error del modelo 2, fueron ligeramente mayores (RMSEA= 0.044; RMR= 0.098). Los índices de ajuste también presentaron valores que muestran un buen ajuste al modelo (CFI= 0.967; TLI= 0.961; NNFI= 0.961; GFI=0.975) (Tabla 10). Ambos modelos mostraron índices aceptables.

Tabla 10: Índices de ajuste del modelo del SVEST

	Modelo 1	Modelo 2
x^2	690.264	728.296
gl	314	322
Δx^2		38.03*
Δgl		8
RMR	0.095	0.098
RMSEA	0.042	0.044
GFI	0.976	0.968
AGFI	0.961	0.96
PGFI	0.75	0.768
CFI	0.966	0.967
TLI	0.963	0.961
NNFI	0.963	0.961

SVEST: *Second victim experience and Support Tool*; x^2 : Chi Cuadrado; gl: grados de libertad; Δx^2 : diferencia de Chi cuadrado; Δgl : Diferencia de grados de libertad; RMR: *Root Mean Square Residual*; RMSEA: *Root Mean Square Error of Approximation*; GFI: *Goodness of Fit Index*; AGFI: *Adjusted Goodness of Fit Index*; PGFI: *Parsimony Goodness of Fit Index*, CFI: *Comparative Fit Index*; TLI: *Tucker-Lewis Index*; NNFI: *Non-Normed Fit Index*; *: ≤ 001

Tabla 11: Modelos testeados en el análisis confirmatorio

Frente al evento de EA en medicación Ud. experimentó:	MODELO 1	MODELO 2
Sentí vergüenza por ese incidente	D. Psicológica	D. Psicológica
Sentí miedo de que me vuelva a pasar de nuevo algún incidente	D. Psicológica	D. Psicológica
Me sentí triste por la experiencia frente al evento	D. Psicológica	D. Psicológica
Siento una profunda culpa por haber experimentado un error	D. Psicológica	D. Psicológica
El stress que me provocó fue agotador	D. Física	D. Física
Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de incidentes	D. Física	D. Física
La tensión por estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (p.ej. mareado o con náuseas. etc.)	D. Física	D. Física
Pasar por estas situaciones me afectó el apetito	D. Física	D. Física
Aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme.	D. Colegas	D. Colegas
Hablar de lo que pasó con mis colegas me genera alivio	D. Colegas	D. Colegas
Mis colegas me mostraron su apoyo a lo que me pasó	D. Colegas	D. Colegas
Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional a pesar de los errores	D. Colegas	D. Colegas
Mi supervisor actúa para resolver la situación	D. Supervisor	D. Supervisor
Mi supervisor/jefe culpa a los individuos del equipo cuando ocurren estas cosas.	D. Supervisor	D. Supervisor
Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones	D. Supervisor	D. Supervisor
Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que ocurrió	D. Supervisor	D. Supervisor
Mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda	D. Institucional	D. Institucional
Mi lugar de trabajo me ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocaron a superar las consecuencias	D. Institucional	D. Institucional
Cuando me equivoqué busque a mis amigos cercanos y familiares para buscar apoyo emocional	D. Extra laboral	D. Extra laboral
El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes	D. Extra laboral	D. Extra laboral
Después de mi participación en el incidente me sentí inseguro respecto a mis habilidades profesionales	D. Autoeficacia	D. Autoeficacia
Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no realmente un buen profesional	D. Autoeficacia	D. Autoeficacia
Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	D. Autoeficacia	D. Autoeficacia
Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales	D. Autoeficacia	D. Autoeficacia
Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes	D. Abandono prof.	D. Resultados
En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situación me da ganas de abandonar completamente mi trabajo	D. Abandono prof	D. Resultados
Mi experiencia con un evento adverso o error. ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés	D. Ausentismo	D. Resultados
Me hubiese gustado tomarme un o unos día/s sin trabajar después de lo que ocurrió	D. Ausentismo	D. Resultados

EA: Evento adverso

En ambos modelos el valor del χ^2 resultó estadísticamente significativo ($p < .001$), este indicador tiende a ser sensible al tamaño muestral¹²¹, por lo que en la interpretación del ajuste global se consideró también otros los índices de ajuste. Respecto a éstos últimos, los dos modelos mostraron valores adecuados, a excepción del índice RMR que mostró una menor adecuación en ambos modelos, con valores similares (Tabla 10).

Sin embargo, la comparación entre modelos 1 y 2 mediante la diferencia de chi-cuadrado reveló que el modelo 1 representó un ajuste significativamente mejor el modelo 2 ($\Delta\chi^2 = 38.03$; $\Delta gl = 8$; $p < .001$). Por lo que se establece que el modelo 1 presenta un mejor ajuste a los datos empíricos.

En la tabla 12 y tabla 13 se presentan las estimaciones estandarizadas de los parámetros del modelo 1 y 2 respectivamente. Las Figuras 3 y figura 4 presentan la imagen de los modelos respectivos.

Para el modelo 1, las cargas factoriales, presentaron un rango de 0.41 a 0.89, a excepción del ítem “culpa al equipo” que presentó un valor de 0.13. Por lo tanto, se consideró adecuada la representación de las variables por sus factores, a excepción de la variable culpa (Tabla 12).

Para el modelo 2, las cargas presentaron un rango inferior a 0.40 en dos factores (culpa al equipo” =0.13 y “día por estrés” =0.36) mostrando una asociación débil. Los 26 ítems restantes presentaron cargas en un rango de 0.53 a 0.86 (Tabla 13).

Tabla 12: Carga factorial del modelo 1

Factor	Indicador	Estimador	Std. Error	z-value	p	Lower	Upper	Std. Est.
Factor 1	Vergüenza	0.854	0.035	24.406	< .001	0.785	0.922	0.578
	Miedo	0.871	0.035	25.169	< .001	0.803	0.939	0.591
	Triste	0.970	0.035	27.816	< .001	0.901	1.038	0.703
	Culpa	1.014	0.035	28.963	< .001	0.945	1.082	0.731
Factor 2	Estrés	1.096	0.034	31.843	< .001	1.029	1.164	0.752
	Sueño	1.004	0.033	30.315	< .001	0.939	1.069	0.787
	Nauseas	0.734	0.029	25.373	< .001	0.677	0.790	0.653
	Apetito	0.675	0.028	24.338	< .001	0.621	0.730	0.630
Factor 3	Consuelo	0.984	0.037	26.795	< .001	0.912	1.056	0.678
	Alivio	1.078	0.036	29.557	< .001	1.006	1.149	0.789
	Apoyo colegas	1.187	0.039	30.769	< .001	1.111	1.263	0.865
	Buen profesional colegas	1.032	0.035	29.219	< .001	0.963	1.101	0.808
Factor 4	Resuelve la situación	1.146	0.044	26.228	< .001	1.061	1.232	0.798
	Complejidad del paciente	0.891	0.038	23.565	< .001	0.817	0.965	0.657
	comprensión	1.104	0.042	26.275	< .001	1.022	1.187	0.827
	Culpa al equipo	0.181	0.033	5.437	< .001	0.116	0.246	0.135
Factor 5	Ayuda	1.188	0.056	21.275	< .001	1.079	1.298	0.861
	Recursos	1.056	0.050	21.275	< .001	0.958	1.153	0.734
Factor 6	Apoyo emocional	1.360	0.060	22.608	< .001	1.242	1.478	0.870
	Afecto de amigos y familia	1.231	0.054	22.608	< .001	1.124	1.338	0.788
Factor 7	Inseguridad	1.067	0.033	32.415	< .001	1.002	1.131	0.746
	Buen profesional (HP)	1.208	0.034	35.291	< .001	1.141	1.275	0.843
	Miedo a realizar tareas complejas	1.120	0.034	32.990	< .001	1.053	1.186	0.821
Factor 8	Habilidades profesionales	1.155	0.033	34.509	< .001	1.089	1.220	0.858
	Dejar atender	1.015	0.057	17.755	< .001	0.903	1.127	0.897
	Dejar mi trabajo	0.861	0.049	17.755	< .001	0.766	0.957	0.730
Factor 9	Día por estrés	0.300	0.030	10.035	< .001	0.242	0.359	0.428
	Ausentismo	1.124	0.112	10.035	< .001	0.905	1.344	0.699

Lower: Limite inferior del intervalo de confianza (95%) para el estimador; Upper: Limite inferior del intervalo de confianza (95%) para el estimador; Std.Est: Carga factorial estandarizada

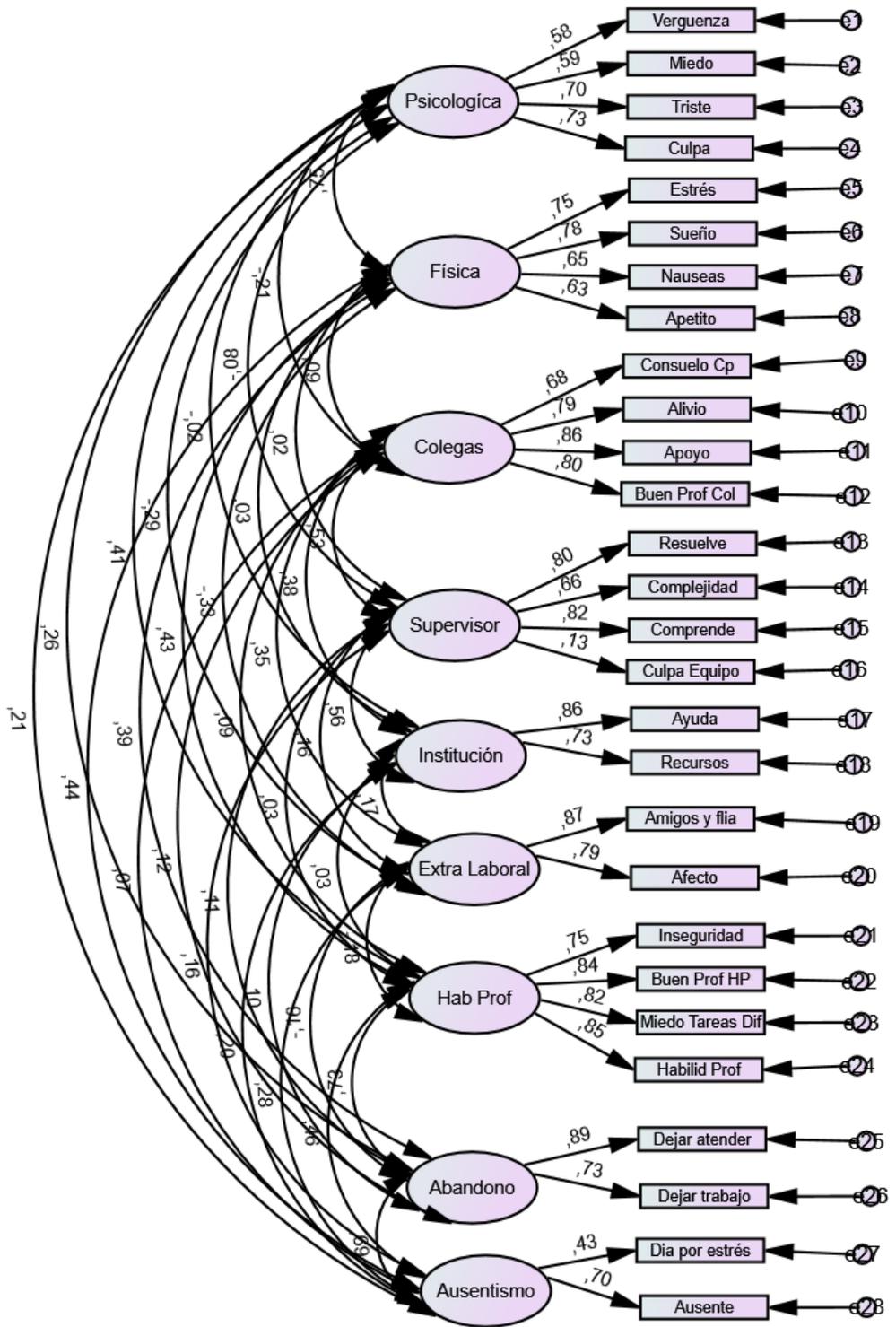


Figura 3: Modelo 1

Tabla 13: Carga factorial del modelo 2

Factor	Indicador	Estimador	Std. Error	z-value	p	Lower	Upper	Std. Est. (all)
Factor 1	Vergüenza	0.854	0.035	24.412	< .001	0.786	0.923	0.578
	Miedo	0.871	0.035	25.153	< .001	0.803	0.939	0.591
	Triste	0.970	0.035	27.807	< .001	0.902	1.038	0.698
	Culpa	1.013	0.035	28.946	< .001	0.945	1.082	0.731
Factor 2	Estrés	1.096	0.034	31.807	< .001	1.029	1.164	0.755
	Sueño	1.004	0.033	30.280	< .001	0.939	1.069	0.782
	Nauseas	0.734	0.029	25.346	< .001	0.677	0.791	0.654
	Apetito	0.675	0.028	24.292	< .001	0.620	0.729	0.631
Factor 3	Consuelo	0.984	0.037	26.787	< .001	0.912	1.056	0.681
	Alivio	1.078	0.036	29.547	< .001	1.006	1.149	0.789
	Apoyo colegas	1.187	0.039	30.758	< .001	1.111	1.263	0.865
	Buen profesional colegas	1.032	0.035	29.209	< .001	0.963	1.101	0.808
Factor 4	Resuelve la situación	1.148	0.044	26.224	< .001	1.062	1.234	0.798
	Complejidad del paciente	0.889	0.038	23.526	< .001	0.815	0.964	0.656
	comprensión	1.104	0.042	26.248	< .001	1.021	1.186	0.823
	Culpa al equipo	0.179	0.033	5.383	< .001	0.114	0.245	0.133
Factor 5	Ayuda	1.188	0.056	21.245	< .001	1.078	1.297	0.859
	Recursos	1.056	0.050	21.245	< .001	0.959	1.154	0.734
Factor 6	Apoyo emocional	1.357	0.060	22.506	< .001	1.239	1.476	0.878
	Afecto de amigos y familia	1.233	0.055	22.506	< .001	1.126	1.341	0.786
Factor 7	Inseguridad	1.068	0.033	32.387	< .001	1.003	1.133	0.747
	Buen profesional (HP)	1.207	0.034	35.246	< .001	1.140	1.274	0.848
	Miedo a realizar tareas complejas	1.119	0.034	32.958	< .001	1.053	1.186	0.817
	Habilidades profesionales	1.154	0.033	34.465	< .001	1.088	1.220	0.850
Factor 8	Dejar atender	0.973	0.041	23.708	< .001	0.893	1.054	0.860
	Dejar mi trabajo	0.846	0.038	21.996	< .001	0.771	0.921	0.717
	Día por estrés	0.247	0.020	12.151	< .001	0.207	0.287	0.364
	Ausentismo	0.841	0.041	20.565	< .001	0.760	0.921	0.522

Lower: Limite inferior del intervalo de confianza (95%) para el estimador; Upper: Limite inferior del intervalo de confianza (95%) para el estimador; Std.Est: Carga factorial *estandarizada*

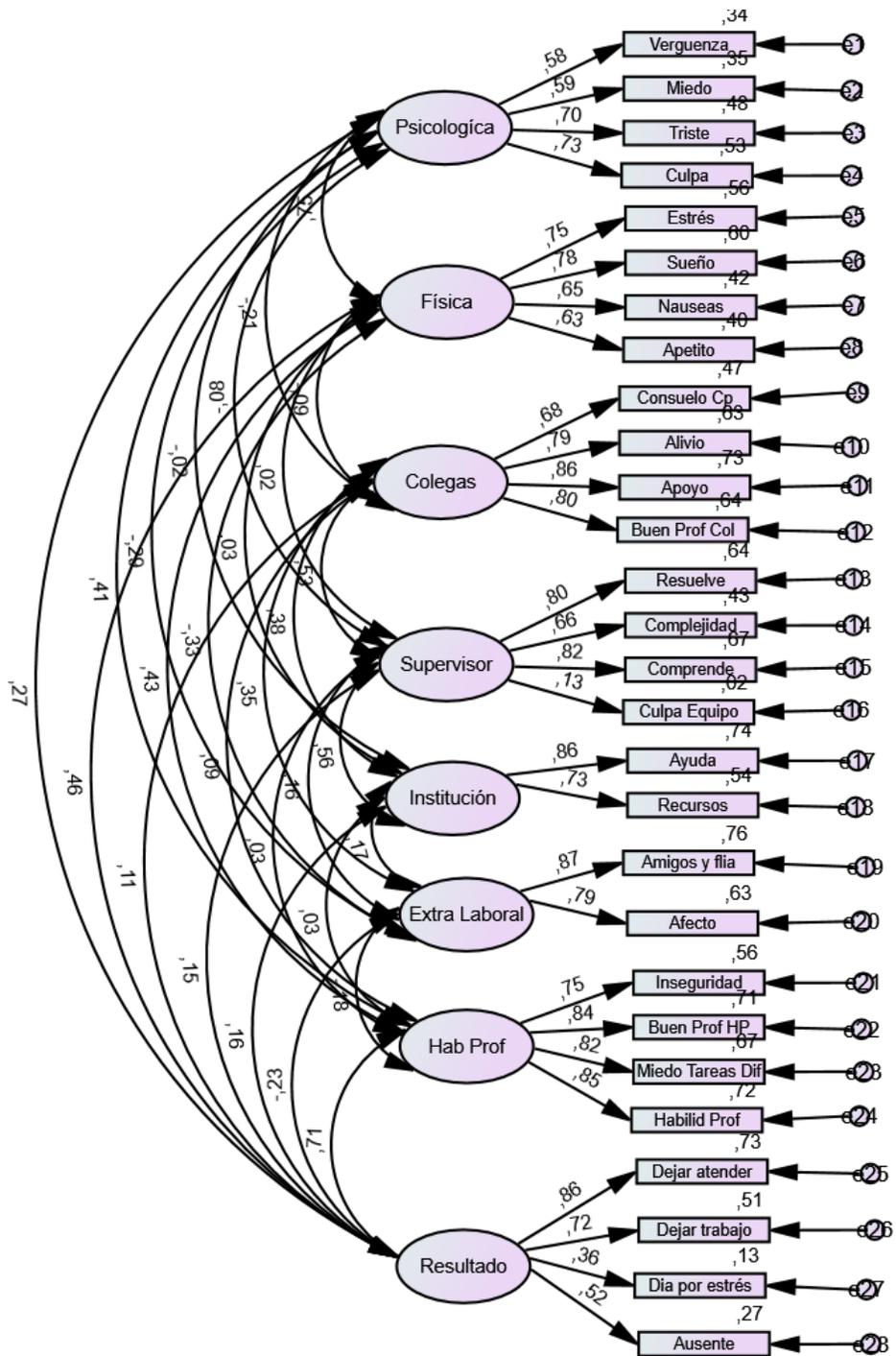


Figura 4: Modelo 2

5.3.3 Fiabilidad

El análisis de consistencia interna también se determinó en los dos modelos. En todos casos el α global del instrumento es de 0.81. En ambos modelos la dimensión autoeficacia profesional fue la que mayor consistencia interna presentó ($\alpha = 0.89$), seguida del apoyo de los colegas ($\alpha = 0.86$).

Teniendo en cuenta las variaciones de dimensiones entre los modelos, se realizó un análisis detallado de las diferencias en las dimensiones, entre los modelos estudiados. Para el modelo 1 la dimensión de ausentismo obtuvo bajos valores de α (0.45) y Ω (0.36). En el caso del modelo 2, la consistencia interna presentó mejores valores en la dimensión resultados ($\alpha=0.69$ y $\Omega=0.72$) (Tabla 14).

En este sentido el modelo 2 presentó mejores índices de consistencia interna frente al otro modelo analizado.

Tabla 14: Coeficientes de confiabilidad (estudio 2) del A SVEST

	Modelo 1		Modelo 2	
	Alfa de Cronbach	Omega	Alfa de Cronbach	Omega
Dimensión psicológica	0.75	0.74	0.75	0.74
Dimensión física	0.80	0.79	0.80	0.79
Apoyo colegas	0.86	0.86	0.86	0.86
Apoyo supervisor	0.66	0.73	0.66	0.73
Apoyo institucional	0.77	0.77	0.77	0.77
Apoyo no relacionado a trabajo	0.84	0.81	0.84	0.81
Autoeficacia profesional	0.89	0.88	0.89	0.88
Intención de rotar	0.79	0.79	0.69	0.72
Ausentismo	0.45	0.36		

A SVEST: *Argentinan Second Victim Experience and Support tool*

Para el cálculo de correlación ítem total corregida, los valores menores a 0.20 se consideraron que contribuían poco a la medición del fenómeno.

En todos los modelos, la dimensión apoyo del supervisor, el ítem “mi supervisor culpa al equipo ante lo que pasó” fue el único que presentó una correlación menor (0.14) y en este caso el valor de α si se suprime el elemento asciende a 0.80. en una dimensión que había obtenido 0.66 (Tabla 16).

En cuanto a el ítem total corregido por dimensión, en las dimensiones que difieren entre los distintos modelos, se puede afirmar que en todos los casos la correlación ítem total corregida presentó valores superiores a 0.45. Además, los índices de confiabilidad (tanto el Alfa de Cronbach α como el coeficiente McDonald Ω) no presentan mejorías sustanciales si se elimina algún elemento de las dimensiones analizadas (Tabla 15). Por lo tanto, según este análisis, los dos modelos analizados son adecuados en su consistencia interna.

Tabla 15: Análisis de fiabilidad en las dimensiones de resultados del modelo 2

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Omega de McDonald si el elemento se ha suprimido
Dimensión resultados modelo 2			
Después del incidente tuve deseo de dejar de atender pacientes	0.567	0.580	0.644
El estrés que me generó me da ganas de abandonar completamente mi trabajo	0.632	0.533	0.570
Mi experiencia en esto ha generado que me tome el día por estrés	0.359	0.707	0.716
Me hubiese gustado tomarme un día sin trabajar	0.461	0.686	0.766

Tabla 16: Estadística del total de elemento por dimensiones del modelo 1

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Omega de McDonald si el elemento se ha suprimido
Dimensión Psicológica					
Sentí vergüenza por ese incidente	10.399	11.119	0.533	0.685	0.695
Sentí miedo de que me vuelva a pasar	10.583	11.917	0.454	0.729	0.731
Mi sentí triste por la experiencia frente al evento	10.208	10.954	0.593	0.651	0.654
Siento una profunda culpa por haber experimentado el error	10.190	11.336	0.567	0.667	0.669
Dimensión física					
El estrés que me provoco fue agotador	5.378	9.114	0.530	0.810	0.811
Tuve problemas para dormir a raíz del incidente	6.470	9.143	0.692	0.714	0.722
La tensión me hizo sentir síntomas físicos	6.803	9.978	0.655	0.737	0.757
Pasar por estas situaciones me afecto el apetito	6.842	10.413	0.629	0.751	0.762
Colegas					
Aprecio el intento de mis compañeros por consolarme	6.8608	12.646	0.618	0.862	0.867
Hablar con mis compañeros me genera alivio	7.1690	12.377	0.729	0.813	0.824
Mis colegas me mostraron su apoyo	7.2218	11.923	0.785	0.790	0.795
Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional	7.3622	13.072	0.708	0.823	0.824
Supervisor					
Mi supervisor actúa para resolver la situación	7.1865	8.689	0.542	0.562	0.679
Mi supervisor tiene en cuenta la complejidad del paciente	7.0553	9.101	0.545	0.563	0.809
Mi supervisor me comprendió	7.3019	8.319	0.689	0.465	0.566
Mi supervisor culpa al equipo	7.6190	12.221	0.146	0.799	0.802
Institución					
Mi inst entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda	3.0513	2.070	0.631		
Mi institución ofrece recursos para ayudar a quienes se equivocan	2.7201	1.910	0.631		
Amigos y familia					
Busque el apoyo de mis amigos y familia	3.0329	2.459	0.691		
El afecto de mis amigo y flia me ayudó a superar la situación	3.3214	2.388	0.691		
Habilidades profesionales					
Me sentí inseguro en mis habilidades profesionales después del incidente	6.545	13.918	0.686	0.881	0.882
Esta experiencia me hace preguntarme si soy un buen profesional	6.602	13.091	0.791	0.840	0.842
Después del incidente tuve miedo de realizar tareas difíciles	6.816	13.792	0.748	0.857	0.861
Después del incidente me cuestiono mis habilidades profesionales	6.803	13.533	0.791	0.841	0.842
Abandono					
Después del incidente tuve deseo de dejar de atender pacientes	1.696	1.392	0.655		
El estrés que me genero me da ganas de abandonar completamente mi trabajo	1.634	1.280	0.655		
Ausentismo					
Mi experiencia en esto ha generado que me tome el día por estrés	2.267	2.495	0.297		
Me hubiese gustado tomarme un día sin trabajar	1.229	0.517	0.297		

5.4 Conclusión

El SVEST en su versión local (A-SVEST) puede ser utilizado para evaluar el fenómeno de SV y las medidas de apoyo percibidas demostrando adecuada validez y fiabilidad.

Según los resultados obtenidos, el modelo 1, igual al modelo propuesto por Burlison *et al.*²⁸, presenta mejores índices de ajuste. No obstante, el modelo 2 presenta índices de ajuste adecuados, por lo que la utilización de uno u otro puede también definirse por los aspectos teóricos que lo componen. En este sentido otros autores^{106,108,111,113,114}, en el proceso de validación obtuvieron la misma estructura propuesta por Burlison *et al.* que coincide con el modelo 1 de este estudio. El modelo 2 fue también propuesto en la validación realizada en otros países^{15,22}. Considerando el valor de χ^2 , el modelo 1 es el que presenta menor valor y por lo tanto parece ser el más adecuado.

En cuanto a la consistencia interna, el modelo 1 presenta la dimensión ausentismo con índices bajos. Esto no ocurre en el modelo 2, probablemente porque la dimensión se unificó con otra dimensión, y al contener más ítems puede ser más robusta. En consecuencia, teniendo en cuenta el análisis de consistencia interna, pareciera ser más adecuado optar por el modelo 2. En cuanto al resto de las dimensiones, a excepción de apoyo al supervisor, obtuvieron valores superiores a 0.77 lo que las muestra con valores adecuados a la escala. Cabe señalar que la dimensión supervisor, que en este estudio obtuvo puntajes por debajo de 0.70, presenta valores similares en los estudios de validación en otros países^{15,108}. Probablemente estos valores estén explicados por el ítem “Mi supervisor culpa al equipo”, es el que muestra índices bajos. Sin embargo, desde el punto de vista teórico, es importante conocer si las SV se sienten culpabilizadas por sus superiores, por ello se tomó la decisión de incluirlo en la escala.

Por lo tanto, las mínimas diferencias en el análisis de validación realizado dan lugar a una definición teórica en la elección de uno u otro modelo. Es importante señalar que ambos modelos contienen los mismos ítems, pero agrupados de forma distinta. Con ello, la evaluación del fenómeno de SV se cumple de forma adecuada en ambos modelos con los mismos ítems.

En conclusión, se optó por el Modelo 1, que cuenta con una fiabilidad y estructura factorial adecuada al constructo para la realización de la parte II de la tesis.

**PARTE II: ESTUDIO DEL FENÓMENO
DE SEGUNDA VÍCTIMA**

6: ESTUDIO 3: MIXTO

En los estudios 1 y 2 se validó un instrumento que permite evaluar la experiencia y medidas de soporte de las SVs.

A partir de aquí, para poder responder al objetivo general de esta tesis (explorar la experiencia de SV en profesionales de salud) se realizó un estudio de combinación metodológica o *mixed methods* conjugando una fase cuantitativa y una fase cualitativa.

Esta metodología permite generar conocimiento teórico y práctico utilizando en un único estudio el enfoque cuantitativo y cualitativo. No se reduce a un método de recolección y análisis de datos por etapas, sino que tiene asunciones filosóficas propias que definen cómo se realiza el estudio. Estas etapas no constituyen estudios independientes, sino tramos metodológicos encadenados cuya articulación permite avanzar desde la medición del fenómeno hacia su comprensión interpretativa. Por lo tanto, implica aunar las fases de la investigación siguiendo un enfoque específico¹²⁴. La combinación metodológica ofrece la ventaja de poder abordar el fenómeno de SV a través de una perspectiva cuantitativa y cualitativa, buscando alcanzar mayor comprensión de la experiencia de SV en Argentina.

De acuerdo con Creswell & Clark, existen tres tipos de diseños de metodología combinada. Ellos son el exploratorio, el incrustado y el explicativo¹²⁴. El método mixto explicativo es el que se utilizó para el presente estudio.

Estudio de combinación metodológica: explicativo secuencial

El diseño explicativo comienza con una fase de estudio cuantitativo y continúa con una fase cualitativa, que ayuda a explicar los resultados cuantitativos. La relación que se presenta con los datos es secuencial, recogiendo y analizando en primer lugar los datos cuantitativos y luego los cualitativos. La fase cualitativa, es implementada con el propósito de explicar los

resultados cuantitativos iniciales, en mayor profundidad¹²⁴. La integración de los datos se produce entre fases del estudio, de modo que el análisis de datos cuantitativos informa los datos cualitativos¹²⁵. Este diseño permitió en primera instancia utilizar una escala de valoración del fenómeno de SV, que ofreció datos para cuantificar las consecuencias de las SVs en el plano personal y conocer qué medidas de apoyo predominaban. Posteriormente, en la fase cualitativa se profundizó en dichas consecuencias, intentando determinar el por qué o el cómo de las mismas, además de conocer cómo las medidas de apoyo les permitieron afrontar la situación.

Desde el momento en que la investigación comienza con un enfoque cuantitativo, el problema a investigar y el propósito de la investigación tiene mayor importancia este abordaje, el investigador puede estar demostrando un enfoque pos positivista en el que considera que lo tangible no basta para explicar el fenómeno en profundidad asumiendo en este último aspecto un constructivismo filosófico. En este sentido la asunción filosófica que presenta el diseño puede cambiar ente el positivismo y el constructivismo o aceptar ambas¹²⁴. En este caso la intención inicial fue determinar la prevalencia del fenómeno en el contexto local, ya que no se contaba con evidencia preexistente. La información ofrecida por el estudio cuantitativo dio luz a la necesidad de profundizar en aspectos del fenómeno en la realidad sociocultural de la atención de salud en Argentina.

En cuanto a los procedimientos Creswell & Clark¹²⁴, proponen implementar un diseño en fases. En el primer paso, el diseño y fase de implementación cuantitativa que incluye la recolección de datos, el análisis y los resultados, identificando los resultados cuantitativos en que se necesita una explicación más profunda. Estos resultados son los que guiaron la segunda fase: el estudio cualitativo. Específicamente el investigador desarrolla las preguntas

cualitativas, el procedimiento de la muestra, los protocolos de recolección de datos cualitativa. De este modo la fase cualitativa está conectada y depende de los resultados cuantitativos. En la tercera fase el investigador implementa la fase cualitativa. Finalmente, se interpreta que tan extensos deben ser los datos cualitativos teniendo en cuenta poder responder los objetivos del estudio¹²⁴. En este sentido, en este estudio, se desarrolló en primer lugar una fase cuantitativa, que incluyó el análisis inferencial del estudio 2. A partir de los resultados obtenidos en la primera fase, con una metodología cualitativa, se buscó indagar en profundidad en las consecuencias que presentaban los profesionales y las medidas de apoyo a las que recurrían constituyendo la segunda fase de este estudio.

Es característico y de vital importancia la integración de los resultados en el diseño explicativo secuencial. Esta integración ocurre en dos puntos. El primero, como se mencionó, entre los datos cuantitativos de la primera fase y la recolección de datos de la segunda fase. El segundo punto de la integración se da cuando la fase cualitativa se encuentra finalizada el investigador integra conectando los resultados y presenta las conclusiones de forma integrada acerca de qué resultados cualitativos explican y extienden los resultados cuantitativa. De esta forma, en el presente estudio se buscó que los resultados cualitativos iluminen los datos obtenidos en el enfoque cuantitativo y, de forma especial, la discusión de los resultados se presenta de forma integrada, a fin de asegurar la integración de los enfoques utilizados en cada fase.

Para garantizar el rigor, éste fue evaluado en cada fase, siguiendo los procesos de calidad propios de los métodos cuantitativos y cualitativos. Además, se buscó la integración de los resultados, a través de la discusión unificada de las fases cuantitativas y cualitativas, que dan sentido al diseño mixto.

A continuación se presentan en detalles las dos sub fases del estudio mixto.

7: FASE CUANTITATIVA

7.1 Objetivos

Este estudio responde a los objetivos específicos 4, 5, 6, 7 y 8 establecidos en el Capítulo 3, orientados a la descripción cuantitativa del fenómeno de SV.

La hipótesis formulada a partir del objetivo 6 es: A mayores consecuencias (malestar psicológico, físico y profesional), las SV presentarán menor percepción de medidas de soporte del ámbito laboral (colegas, supervisores e institución) y mayores consecuencias en los resultados institucionales (abandono y ausentismo).

La hipótesis correspondiente al objetivo 7 es: las consecuencias del malestar psicológico, físico y profesional de la experiencia de SV varían en función de la profesión.

Finalmente, el objetivo 8 permitió generar la siguiente hipótesis: los profesionales con mayor antigüedad presentarán menores consecuencias de malestar (psicológicas, físicas y profesionales) vinculadas a la experiencia de SV y mayor percepción de medidas de soporte.

7.2 Método

7.2.1 Diseño

Se desarrolló un estudio observacional analítico transversal.

7.2.2 Participantes

La población estuvo compuesta por profesionales de salud de atención directa de cinco instituciones de alta complejidad del Area Metropolitana de Buenos Aires. Las instituciones fueron seleccionadas por conveniencia.

Para la selección institucional, se contactó a personas con funciones de coordinación de servicios de enfermería y/o responsables de calidad y seguridad de cada institución mediante correo electrónico. Se mantuvieron reuniones informativas en cada institución, en las que se presentó el proyecto y se solicitó autorización para la difusión de la encuesta.

Posteriormente, cada responsable institucional invitó a los participantes, a través de un enlace electrónico. La población en cada institución incluyó al personal que participaba del proceso de administración de medicamentos (indicación, dispensación, preparación, administración y registro), abarcando profesionales de enfermería, personal médico y de farmacia. Se excluyeron profesionales que se encontraban ausentes en el momento de recolección de datos y profesionales que no desearon participar del estudio.

Todas las instituciones participantes tenían un equipo de trabajo en el ámbito de seguridad, poseían sistema de reporte de EA. Cuatro de ellas contaban con protocolo de atención de primera víctima. Ninguna cuenta con protocolo formal de atención de SV al momento de la recolección de datos.

7.2.3 Recolección de datos

El instrumento estuvo estructurado en dos partes. La primera parte está compuesta por variables sociodemográficas y preguntas acerca del conocimiento de SV y la experiencia de EA (institución a la que pertenecen, rol que desempeña, antigüedad, si conocía el término SV, si había experimentado un EA y el tiempo que había transcurrido, y si lo informó). En este caso, a aquellos que contestaron que estuvieron involucrados en un EA se los invitó a completar la segunda parte que estaba compuesta por el A-SVEST.

A la encuesta se accedió a través de un link, entregado a todo el personal y se los invitó a participar de forma voluntaria. La misma fue anónima, en formato electrónico.

7.2.4 Proceso estadístico: análisis descriptivo y analítico

Se realizó un análisis con el programa SPSS. El análisis de las variables sociodemográficas incluyó el cálculo de la frecuencia y porcentaje de variables categóricas y la media y desvío estándar para la variable antigüedad.

En relación al A-SVEST, las encuestas con omisiones superiores al 20% del instrumento fueron excluidas del análisis final (n=14).

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo, buscando la media y DE de cada ítem y por dimensión del A-SVEST. Además, se agruparon las dimensiones en consecuencias (dimensión psicológica, física y cuestionamiento de habilidades profesionales), soporte (dimensión soporte colegas, soporte supervisor, soporte institucional y soporte no relacionado al trabajo) y dimensión resultados (dimensión abandono profesional y ausentismo). De acuerdo con lo indicado por los autores del instrumento original²⁸, puntuaciones más altas en el SVEST indican una mayor prevalencia de síntomas de SV y, en consecuencia, un mayor impacto en las dimensiones de consecuencias. Contrariamente en las dimensiones de apoyo el puntaje alto, indica alta percepción de soporte.

Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados indicaron que las puntuaciones de las dimensiones no seguían una distribución normal ($p < 0.05$), lo que justificó la utilización de pruebas estadísticas no paramétricas. En consecuencia, para la asociación entre variables categóricas y cuantitativas se realizó test Kruskal-Wallis y a través de la prueba U Mann-Whitney se determinó la diferencia entre los distintos grupos. Finalmente, la

asociación entre variables cuantitativas se correlacionó a través de la Rho de Spearman. Para las pruebas de asociación se buscó un nivel de significancia con un $p < 0.05$.

7.2.5 Procedimiento para la recolección de los datos y aspectos éticos del estudio

Se trata de un estudio observacional de bajo riesgo. La encuesta fue anónima y voluntaria. Para respetar el anonimato, las variables sociodemográficas no permitieron identificar a los participantes. El acceso a la encuesta fue a través de un link, que se distribuyó por miembros del equipo de investigación. No se realizó seguimiento de los participantes, como tampoco se pudo determinar quiénes de los invitados contestaron la encuesta. En el encabezado de la encuesta se ofrecía información relacionada al estudio y se exponía la voluntariedad de la participación (Anexo 8).

El estudio fue evaluado y aprobado por el CIE bajo el número N 17-074.

Por tratarse de un estudio en el que participaron varias instituciones, cada una de las instituciones evaluó el estudio, según las normativas propias, aceptando la realización del mismo en su institución.

7.3 Resultados

7.3.1 Variables sociodemográficas

La población estuvo compuesta por 1190 profesionales, predominantemente del sector privado (88.6%). De ellos, el 56.1% refirió estar involucrado en un EA y completó el A-SVEST. Predominaron los profesionales de enfermería (66.4%) (Tabla 17). El promedio de

antigüedad fue de 9.1 años ($DE \pm 8.0$). Se observó una asociación significativa ($p \leq 0.01$) entre la antigüedad y haber participado de un EA.

Del total de los profesionales que respondieron la encuesta, 651 (54.7%) informaron haber estado involucrados en un EA y completaron el A-SVEST, mientras que 539 (45.2%) no lo hicieron. La composición de ambos grupos mostró patrones similares en cuanto al sector de pertenencia, predominando el ámbito privado en quienes completaron (88.3%) y en quienes no completaron el instrumento (86.8%) (Tabla 17).

Tabla 17: Características sociodemográficas de los participantes según completaron o no el SVEST

	Profesionales que completaron el SVEST (n=651)	Profesionales que no completaron el SVEST (n=539)	Todos los profesionales (n=1190)
	N (%)	N (%)	N (%)
Carácter de la institución			
Privado	575 (88.3)	468 (86.8)	1043 (88.6)
Público	64 (9.8)	70 (12.9)	134 (11.4)
Perdidos	12 (1.8)	1 (0.2)	13 (0.9)
Total	651 (100)	539 (100)	1190 (98.1)
Rol profesional			
Auxiliar de enfermería	22 (3.4)	50 (9.2)	72 (6.1)
Enfermero	434 (67.1)	352 (65.4)	786 (66.4)
Médico	162 (25.0)	109 (20.2)	271 (22.9)
Farmacéutico	10 (1.5)	5 (0.9)	15 (1.3)
Auxiliar de farmacia	11 (1.7)	7 (1.3)	18 (1.5)
Otro	8 (1.2)	14 (2.6)	22 (1.9)
Perdidos	4 (0.6)	2 (0.3)	6 (0.5)
Total	651 (100)	539 (100)	1190 (100)
Involucrados en un EA			
No			539 (45.2)
Si			651 (54.7)
Perdidos			5 (0.4)
Total			1190 (100)
Conoce el término SV			
No	325 (49.9)	272 (50.6)	597 (50.6)
Si	320 (49.6)	262 (48.6)	582 (49.4)
Perdidos	6 (0.9)	5 (0.9)	11 (0.9)
Total	651 (100)	539 (100)	1190 (100)
Antigüedad			
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
	10.6 (8.4)	7.4 (7.3)	9.1 (8.0)
Hace cuánto tiempo ocurrió el EA			
Menos de 1 año	136 (20.9)		
Entre 1 y 2 años	125 (19.2)		
Más de 3 años	248 (38.1)		
No recuerda	135 (20.7)		
Perdidos	7 (1.1)		
Total	651 (100)		
Informó el EA			
No	62 (9.5)		
Si	573 (88.0)		
Perdidos	16 (2.4)		
Total	651 (100)		

SVEST: *Second Victim Experience and Support tool*; EA: Evento adverso

En relación con el rol profesional, los enfermeros constituyeron el grupo mayoritario en ambos grupos, aunque con mayor representación entre quienes completaron el instrumento (67.1% vs. 65.4%). La antigüedad profesional también mostró diferencias: quienes completaron el instrumento presentaron mayor tiempo de experiencia ($x = 10.6$ años) en

comparación con quienes no lo completaron ($x= 7.4$ años). Finalmente, el conocimiento del término “segunda víctima” fue similar entre ambos grupos (Tabla 17).

De aquellos profesionales que cometieron un EA ($n= 651$), la mayoría de ellos (38.1%) estuvo involucrado en el EA hace más de tres años y un 88.0% lo informó a alguien del equipo (Tabla 17). Se eliminaron 66 cuestionarios porque no se encontraban completos en el A-SVEST.

7.3.2 Variables del A-SVEST

La media total del A-SVEST fue de 2.5 puntos.

Las consecuencias en los profesionales (integrada por las dimensiones psicológica, física y habilidades profesionales) presentaron una media de 2.6 puntos. Entre ellas, la dimensión con mayor afectación fue la psicológica ($x = 3.4$), destacándose sentimientos de culpa ($x=3.60$) y tristeza ($x=3.59$) (Tabla 19).

Las dimensiones de soporte obtuvieron un promedio de 2.7 puntos, siendo el apoyo extra laboral el recurso más utilizado ($x = 3.1$) (Tabla 18). Dentro de esta dimensión, el apoyo de amigos y familiares fue la estrategia predominante ($x= 3.32$) (Tabla 19).

Las dimensiones que indican los resultados (abandono profesional y ausentismo) laborales presentaron las medias más bajas ($x=1.7$), siendo el abandono profesional la dimensión con menor puntuación dentro del SVEST (Tabla 18).

Tabla 18: Puntuación del SVEST por dimensiones

Dimensión	Media (DE)	Mediana
Consecuencias	2.6 (0.6)	2.5
Psicológico	3.4 (1.0)	3.5
Físico	2.1 (1.0)	2.0
Cuestionamiento de habilidades profesionales	2.2 (1.2)	2.0
Medidas de Soporte	2.7 (0.0)	2.5
Soporte colegas	2.3 (1.1)	2.2
Soporte supervisor	2.4 (1.0)	2.2
Soporte institucional	2.9 (1.2)	3.0
Soporte no relacionado al trabajo	3.1 (1.4)	3.0
Resultados	1.7 (0.3)	1.4
Abandono profesional	1.7 (1.0)	1.0
Ausentismo	1.8 (0.9)	1.0
Total	2.5 (0.5)	2.4

SVEST: *Second victim Experience and Support Tool*; DE: Desviación estándar. El puntaje de SVEST es de 1 a 5: los valores mayores implican mayor daño y medidas de soporte inadecuadas.

Tabla 19: Puntuación de cada ítem del SVEST (promedio)

Variable	Media
Sentí vergüenza por ese incidente	3.39
Sentí miedo de que me vuelva a pasar de nuevo algún incidente	3.21
Me sentí triste por la experiencia frente al evento	3.59
Siento una profunda culpa por haber experimentado un error	3.60
El stress que me provocó fue agotador	3.12
Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de incidentes	2.03
La tensión por estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (p.ej. mareado o con náuseas. etc.)	1.69
Pasar por estas situaciones me afectó el apetito	1.66
Aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme.	2.68
Hablar de lo que pasó con mis colegas me genera alivio	2.37
Mis colegas me mostraron su apoyo a lo que me pasó	2.32
Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional a pesar de los errores	2.18
Mi supervisor actúa para resolver la situación	2.53
Mi supervisor/jefe culpa a los individuos del equipo cuando ocurren estas cosas.	2.10
Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones	2.67
Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que ocurrió	2.42
Mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda	2.72
Mi lugar de trabajo me ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocaron a superar las consecuencias	3.05
Cuando me equivoqué busque a mis amigos cercanos y familiares para buscar apoyo emocional	3.32
El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes	3.03
Después de mi participación en el incidente me sentí inseguro respecto a mis habilidades profesionales	2.38
Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no realmente un buen profesional	2.32
Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	2.11
Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales	2.12
Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes	1.63
En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situación me da ganas de abandonar completamente mi trabajo	1.70
Mi experiencia con un evento adverso o error. ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés	1.23
Me hubiese gustado tomarme un o unos día/s sin trabajar después de lo que ocurrió	2.27

SVEST: *Second victim Experience and Support Tool*;

Al reagrupar las dimensiones en tres componentes (consecuencias, soporte y resultados), se identificaron asociaciones significativas. En relación al objetivo 6 y su correspondiente hipótesis se puede afirmar, en primer lugar, que se encontró, una asociación negativa entre las consecuencias y las medidas de soporte (Rho: -0.78 ; $p = 0.047$), lo que indica que a mayor afectación (psicológica, física o profesional), menor es la percepción de apoyo recibido (Tabla 20). Este patrón se hizo más evidente en el vínculo entre daño psicológico y apoyo extralaboral (Rho = -0.23 ; $p < 0.001$) y el apoyo de colegas (Rho = -0.18 ; $p < 0.001$). De manera similar, el componente físico también se correlacionó negativamente con el apoyo extralaboral (Rho = -0.23 ; $p < 0.001$) (Tabla 21).

En segundo lugar, la asociación fue positiva entre las consecuencias y los resultados (Rho = 0.47 ; $p < 0.001$), lo que explica que los profesionales que experimentaron mayores consecuencias reportaron una mayor tendencia a presentar resultados negativos (Tabla 20). Específicamente, el cuestionamiento de las habilidades profesionales mostró una fuerte correlación con el ausentismo (Rho = 0.57 ; $p < 0.001$), y moderada con el abandono profesional (Rho = 0.33 ; $p < 0.001$) indicando que el deterioro de la autoeficacia puede repercutir directamente en el ausentismo y la intención de abandonar la profesión (Tabla 21). Contrariamente, el apoyo extralaboral se correlacionó de forma negativa con ambos resultados (abandono: Rho = -0.13 y ausentismo: Rho = -0.18) (Tabla 21), de forma que el apoyo extralaboral minimiza los resultados negativos.

Tabla 20: Correlación entre las dimensiones agrupadas

	Dimensiones de soporte		Dimensiones de resultados		Total	
	Correlación*	p	Correlación*	p	Correlación*	p
Dimensiones de consecuencias	-0.078	0.047	0.472	0.001	0.796	<0.001
Dimensiones de soporte			0.107	0.071	0.576	<0.001
Dimensiones de resultados					0.586	<0.001

*: *Rho Spearman*

Finalmente, las dimensiones del componente de consecuencias también se asociaron positivamente entre sí. El daño psicológico mostró una fuerte correlación con el daño físico (Rho = 0.59; p < 0.001) y una correlación moderada con el cuestionamiento de habilidades profesionales (Rho = 0.35; p < 0.001) (Tabla 21).

En cuanto al soporte, las dimensiones que integran este componente se correlacionaron significativamente entre sí: el apoyo de colegas se asoció con el apoyo del supervisor (Rho = 0.42; p < 0.001), con el apoyo institucional (Rho = 0.31; p < 0.001) y con el apoyo extralaboral (Rho = 0.30; p < 0.001). Asimismo, el soporte del supervisor se correlacionó con el apoyo institucional (Rho = 0.41; p < 0.001) (Tabla 21).

Tabla 21: Correlación entre las dimensiones

Dimensión	Físico Coef ^s	Habilidades profesionales Coef ^s	Colegas Coef ^s	Supervisor Coef ^s	Institución Coef ^s	Apoyo extra- laboral Coef ^s	Abandono Coef ^s	Ausentismo Coef ^s
Psicológica	0.59*	0.35*	-0.18	-0.04	-0.04	-0.23*	0.17*	0.13*
Físico		0.40*	-0.07	0.08*	0.02	-0.23*	0.29*	0.29*
Habilidades Prof.			0.09*	0.07	0.02	-0.16*	0.57*	0.33*
Colegas				0.42*	0.31*	0.30*	0.13*	0.06
Supervisor					0.41*	0.13*	0.13*	0.14*
Institución						0.14*	0.10*	0.12*
Extra-laboral							-0.13*	-0.18*
Abandono								0.45*

Coef^s: *Rho de Spearman*; *: p=0.00

El análisis por grupos profesionales, mediante la prueba de Kruskal-Wallis, identificó diferencias significativas en el componente de consecuencias (Tabla 22), aceptando la hipótesis que se desprende del objetivo 7. Posteriormente, la prueba U de Mann-Whitney

reveló que los profesionales de enfermería presentaron mayor daño psicológico ($p < 0.001$) y físico ($p < 0.001$) que los médicos (Tabla 23).

Además, se identificó una asociación entre el tiempo transcurrido desde el EA y el puntaje total del SVEST. La prueba de Kruskal-Wallis evidenció diferencias significativas en el puntaje global ($p < 0.001$), así como en los componentes de consecuencias ($p = 0.05$) y soporte ($p < 0.001$) (Tabla 22).

Tabla 22: Pruebas de Kruskal Wallis entre las profesión y tiempo de cometido el EA y el SVEST

	Profesión	
		Hace cuanto cometió el EA
	p**	p**
Dimensión consecuencias	0.04	0.05
Dimensión soporte	0.13	0.00
Dimensión resultados	0.73	0.30
SVEST Total	0.30	0.00

EA: Evento adverso; SVEST: *Second victim experience and Support tool*; ** nivel de significación

Tabla 23: Asociación entre profesión y las dimensiones del SVEST

	Profesión			p**
	Enfermero Mediana	Médico Mediana	U *	
Psicológica	3.7	3.1	26223	<0.001
Física	2.0	1.5	23390	<0.001
Autoeficacia	2.0	2.0	33075	0.54
Colegas	2.0	2.5	30467	0.03
Supervisor	2.5	2.2	31402	0.07
Institución	3.0	3.0	31175	0.06
No laboral	3.0	3.0	32631	0.34
Abandono	1.0	1.5	29412	0.00
Ausentismo	1.0	1.0	31122	0.08

SVEST: *Second victim Experience and Support Tool*; U *: Prueba U de Mann Whitney. ** nivel de significación

Finalmente, al analizar las dimensiones específicas del SVEST, no se observaron asociaciones significativas entre la antigüedad y las consecuencias (psicológicas, físicas o profesionales de la experiencia de SV) ($p=0.16$), lo que sugiere que el nivel de malestar no está asociado a los años de ejercicio profesional (Tabla 24). En contraste, la antigüedad sí mostró asociaciones positivas y significativas con las dimensiones de apoyo del supervisor

(Rho = 0.10; p = 0.001) y apoyo institucional (Rho = 0.10; p = 0.001) (Tabla 25). No se observaron asociaciones significativas con el apoyo de colegas, el apoyo no laboral ni con los indicadores de abandono o ausentismo. En conclusión, la hipótesis que se desprende del objetivo 8, se confirma parcialmente: la antigüedad no se asocia con menores niveles de malestar (psicológico, físico y profesional) ante la experiencia de SV, pero sí con una mayor percepción de apoyo por parte del supervisor y de la institución.

Tabla 24: Prueba de correlación entre antigüedad y el SVEST

	Antigüedad profesional	
	Rho de Sperman	p**
Dimensión consecuencias	0.0	0.16
Dimensión soporte	0.1	0.00
Dimensión resultados	0.0	0.25
SVEST Total	0.1	0.00

SVEST: *Second victim Experience and Support Tool*; ** nivel de significación

Tabla 25: Asociación entre antigüedad y las dimensiones del SVEST

	Antigüedad	
	Rho de Sperman	p**
Psicológica	0.0	0.44
Física	0.0	0.06
Autoeficacia	-0.0	0.80
Colegas	0.0	0.32
Supervisor	0.1	0.00
Institución	0.1	0.00
No laboral	0.0	0.33
Abandono	0.0	0.41
Ausentismo	0.0	0.57

SVEST: *Second victim Experience and Support Tool*; ** nivel de significación

8: FASE CUALITATIVA

8.1 Objetivos:

Este estudio responde a los objetivos específicos 9, 10 y 11 establecidos en el Capítulo 3, orientados a la descripción cualitativa del fenómeno de la segunda víctima.

8.2 Método

8.2.1 Diseño fenomenológico interpretativo

Se desarrolló un estudio fenomenológico interpretativo.

El estudio fenomenológico permite acceder a la experiencia vivida y se centra en describir qué tienen en común los participantes acerca de la experiencia del fenómeno en estudio¹²⁶ a través de una forma narrativa propia¹²⁶. El enfoque principal de la fenomenología no es simplemente describir los hechos, sino comprender cómo las personas le otorgan significado a sus experiencias¹²⁷. En este estudio la experiencia vivida que se buscó describir es la de haber experimentado un EA y qué significado tuvo ésta en el desarrollo personal y profesional de los participantes.

La fenomenología presenta principalmente dos enfoques: la fenomenología trascendental o descriptiva, desarrollada por Husserl, y la fenomenología hermenéutica o interpretativa (FI), impulsada por Heidegger¹²⁸. La primera, pretende capturar la experiencia en su origen y en su esencia sin interpretarla, ni teorizar sobre ella. Su objetivo es comprender el pensamiento y la experiencia humana a través del estudio de las cosas tal como aparecen. La segunda, busca la interpretación de una perspectiva particular, intentando captar el significado de las experiencias humanas en su contexto social, histórico y cultural¹²⁸. Así, se ingresa en el

mundo de lo vivido entendiendo que su modo de ser en él, afecta la forma en que el participante vivencia el fenómeno¹²⁹.

Para Van Manen, gran impulsor de la FI, la filosofía hermenéutica es un método de “abstinencia de la reflexión”. El término “método” se refiere a la forma o actitud de abordar un fenómeno. *Abstemious* significa que la reflexión sobre la experiencia tiene como objetivo abstenerse de intoxicaciones teóricas, polémicas, supositivas y emocionales¹²⁹. En este sentido, la experiencia que se intentó relatar vuelve continuamente sobre el significado de los participantes evitando ideas preconcebidas del investigador, sobre el fenómeno en estudio, a través de la *epoché*-reducción que se explica más adelante en este mismo capítulo. *Hermenéutica* significa que la reflexión sobre la experiencia debe aspirar a un lenguaje discursivo e interpretativo sensible que haga posible e inteligible el análisis, la explicación y la descripción del fenómeno¹²⁹. Es decir, la hermenéutica en la FI va más allá de la mera descripción de los conceptos y esencias fundamentales para buscar los significados implícitos en los acontecimientos narrados. Estos significados no siempre son evidentes para los participantes, pero pueden deducirse de las narrativas que producen¹²⁸. Es justamente este valor experiencial, en términos de significado, la materia prima para llevar a cabo un estudio bajo esta metodología¹²⁷. De este modo, el enfoque interpretativo exige sumergirse en los datos, involucrarse en una relación interpretativa que permita aclarar y revelar los significados generados, que reflejan la realidad subjetiva de los participantes¹²⁷. En conclusión, la FI, a la vez que describe la forma en que cada individuo se orienta hacia la experiencia vivida (descripción de la experiencia), la hermenéutica se refiere a cómo cada individuo interpretó los hechos¹³⁰. Al tal efecto, esta investigación buscó, en todas sus fases, acceder al mundo vivido de los participantes, interpretando y reflejando cómo habían vivido

la experiencia de haber experimentado un EA. De este modo, se intentó descubrir el significado que tuvo para el profesional haber cometido un EA, tal como él mismo lo había vivido y entendiendo que esta forma de vivirlo está condicionada en un contexto social, laboral e histórico propio. De alguna manera el eje en el que se movió el diseño fue responder a la pregunta ¿Qué significó para el profesional haber experimentado un EA?

La escritura, cobra un valor fundamental en el diseño FI, ya que parte de su objetivo es transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia, de tal modo que el efecto del texto sea a la vez un revivir reflejo y una apropiación reflexiva de algo significativo¹³⁰. Esta expresión textual exige un proceso reflexivo por parte del investigador. El propósito fundamental de la reflexión fenomenológica radica en intentar aprehender el significado esencial de algo a los ojos de los participantes. Para ello, fue necesario buscar estrategias que permitan garantizar dejar las ideas preconcebidas del fenómeno a través del diario reflexivo desarrollado, así como la redacción de las creencias personales antes de la fase de recolección de datos.

El uso de métodos fenomenológicos en distintos contextos profesionales, como la educación, la psicología, la medicina y la enfermería fue descrito como “fenomenología de la práctica” propuesto por Van Manen^{128,130}. Con ello, según la propuesta de Van Manen, la FI puede verse como una interacción dinámica entre seis actividades investigadoras^{126,130}. Sin embargo, la propuesta del autor es simplemente orientar al profesional en el desarrollo de una estructura metodológica, sin olvidar que uno de los principios de la fenomenología es la ausencia de método rígido y estructurado¹²⁸. Al contrario, estas actividades se desarrollan de manera subyacente en las distintas etapas en el proceso investigativo como una cuestión actitudinal del investigador. A fines del presente estudio, parece riguroso describir a

continuación, de forma breve, la estructura propuesta por Van Manen y cómo se ha desarrollado su aplicación en este estudio. Entonces las actividades investigativas que propone el autor son:

- **Centrarse en la naturaleza de la experiencia vivida:** definida como la conciencia de vida inmediata y pre reflexiva; no aparece como algo percibido o representado, como algo dado, sino que la experiencia vivida está ahí. No se es consciente de su existencia, hasta que no se comienza a reflexionar sobre ella. La pregunta rectora que guía la recogida de datos fue: ¿Qué significó haber experimentado un EA? Con ello, se buscó dirigir al participante hacia la reflexión del hecho dándole un significado. Es importante considerar en la experiencia vivida una dimensión temporal, que se comprende de modo reflexivo, en tanto que se reflexiona sobre la situación vivida en el pasado. La interpretación que se da en la fenomenología es siempre de algo que ocurrió en el pasado¹³⁰. De alguna manera, se llevó a los participantes en un proceso retrospectivo hacia el momento en que se vivieron los hechos. Por ello, en la recogida de datos, se buscó situar al participante en el momento en que ocurrió el EA, no solo en cuanto a lo temporal sino al contexto en que se desarrollaron.
- **Investigar la experiencia tal como fue vivida:** es obtener las descripciones de la experiencia, desde el punto de vista fenomenológico teniendo en cuenta que no interesa la experiencia subjetiva aislada, solo para poder dar cuenta de cómo algo se ve desde su perspectiva, sino principalmente, de conocer cuál es la naturaleza del fenómeno¹³⁰. Es decir, no se buscó conocer la experiencia de la SV, sino ¿esto es lo que significa ser SV? Para ello, la entrevista permitió utilizarla como medio para reunir el material narrativo de la experiencia vivida. Como menciona, Van Manen.

con ella se buscó desarrollar una “relación conversacional” con el profesional sobre el significado de la experiencia¹³⁰. En este sentido, en la entrevista, se intentó mantenerse cercano a la experiencia tal como fue vivida, solicitándole al participante detenerse en el momento en que se desarrolló el EA. Estrategias de relato como comenzar la entrevista narrando el hecho y las circunstancias en las que ocurrieron, facilitó la conexión con la experiencia tal como fue vivenciada.

- **Reflexionar sobre los aspectos que caracterizan al fenómeno:** El propósito fundamental de la reflexión fenomenológica radica en intentar aprehender el significado esencial de algo. Este suele ser multidimensional y estratificado. Para ello se propone introducirse en el texto con una mirada reflexiva y descomponer los datos en unidades de significado o temas¹³⁰. En esta inmersión se puede realizar una aproximación holística y/o selectiva del texto¹³⁰. Para ello, dos personas participaron de forma individual en un análisis preliminar de las entrevistas, delimitando unidades de significado y temas. Posteriormente, se realizó una discusión en conjunto sobre los temas emergidos a fin de comprobar la interpretación de los datos tal como la expresó el participante.
- **Describir el fenómeno mediante el arte de escribir y reescribir:** el lenguaje es el medio por el cual se transforma la experiencia en algo comprensible. La escritura fenomenológica debe ser evocativa, es decir, capaz de hacer revivir la experiencia al lector. Escribir en fenomenología separa momentáneamente de lo vivido, pero permite comprenderlo mejor. La escritura crea una distancia necesaria para reflexionar y dar cuerpo al pensamiento. Esta reflexión va más allá de los hechos causales y se centra en el sentido de la experiencia¹³⁰. Así, en las entrevistas se buscó

en todo momento la reflexión de los participantes acerca de los sucesos o anécdotas que fueron narrados. Además, se prestó especial atención al lenguaje utilizado, detectando el uso de metáforas o términos que signifiquen la experiencia vivida. También, de acuerdo con Van Manen, la narración de las experiencias vividas se relaciona entre ellas como temas “en el andante de una sinfonía”. Presentan entonces importancia hermenéutica cuando se busca al reflexionar sobre ella, estableciendo relaciones y uniones entre ellas¹³⁰ y expresándose en un lenguaje integrado que intenta reflejar el significado del mundo vivido ¹²⁹. De este modo, se da lugar a una narrativa unificada, que busca siempre reflejar la experiencia a la luz de las vivencias de los participantes. En este sentido, en la recolección de datos se buscó entrelazar los mismos con preguntas y repreguntas durante las entrevistas. Además, en la fase de análisis se intentó dar unidad a la experiencia vivida, expresada en la narración de los resultados en dos núcleos centrales. Además, las redes diseñadas en el ATLAS Ti. permitieron integrar los temas emergentes. Asimismo, el uso del diario reflexivo permitió plasmar en el escrito las reflexiones llevadas a cabo, que representan un aspecto fundamental en la reflexividad que exigen los diseños FI.

- **Mantener una relación firme con el fenómeno y orientado hacia él:** este aspecto clave en la metodología busca que el investigador se mantenga en constante conexión con el fenómeno, objetivo del estudio, para evitar caer en teorías, o ideas preconcebidas. Como se mencionó, la utilización de un diario reflexivo y la redacción de las ideas preconcebidas antes de iniciar la fase de recolección de datos y análisis fue una estrategia implementada para mantener la investigación centrada en el fenómeno a la luz de la vivencia de los participantes.

- **Equilibrar el contexto, considerando las partes y el todo:** se busca medir el diseño general del estudio en relación con la importancia de cada una de las partes en la estructura global de la investigación. Es decir, observar el total, el contexto y el modo en que cada parte contribuye a la totalidad del estudio¹³⁰. En este sentido, se buscó una metodología rigurosa, que permita el desarrollo de cada fase del estudio, pero buscando conocer de forma integral la experiencia fue clave para mantener una actitud equilibrada de las partes y el todo.

Como se mencionó, desde la perspectiva fenomenológica estas actividades conforman una estructura con la que se desarrolla la FI, como actitudes metodológicas que puede mantener el investigador en el desarrollo de su trabajo. Pero no proporcionan métodos concretos de acción para poder conformar un estudio fenomenológico. ¿Cómo lograr entonces la actitud reflexiva, abstemica y hermenéutica que propone la FI? La escritura reflexiva juega un papel fundamental para mantener esta actitud, pero ¿Cómo escribir con este enfoque? Para ello, Van Manen propone tres de métodos o actividades metódicas que ayudan a recoger la experiencia de modo reflexivo y a representarla mediante el lenguaje escrito¹³¹. Los tres métodos se exponen de forma breve a continuación:

1. **Método de las ciencias humanas:** caracterizado por formas que permiten acceder a la experiencia vivida, como la entrevista y la observación, y métodos reflexivos propios¹³¹. Éstos son formas de analizar o llevar a cabo la reflexión fenomenológica: entre ellos, se puede realizar una aproximación holística de los datos, prestando atención al texto como un todo, o una aproximación detallada (línea por línea) buscando seleccionar los temas que aportan información al fenómeno¹³⁰. En este

estudio se realizaron entrevistas en profundidad y el análisis incluyó una aproximación holística y detallada de los datos.

2. **Métodos filosóficos: *epoché*- reducción:** La reducción pretende crear un contacto directo y primitivo con el mundo tal y como es experimentado, dejando de lado el concepto o teoría que se pueda tener de él. Para ello propone eliminar lo que se considera sabido o da por sentado, tratando de dejar de lado aquellas barreras, suposiciones, supuestos que impiden acceder al fenómeno como tal¹³¹. Es una forma concreta de mantener la reflexión abstemica que define la FI. Se busca mantener una actitud de asombro ante el fenómeno que permita detectar lo inusual en lo habitual. Este método consiste en dos movimientos metodológicos: la *epoché* y la reducción.

- a. La *epoché* se define como la contención de creencias y métodos que obstaculizan la apertura hacia el fenómeno en estudio. Invita a una apertura holística, hermenéutica, experiencial¹³¹. Es decir, se busca poner entre paréntesis lo que se sabe (*epoché* holística), las interpretaciones personales sobre los datos (*epoché* hermenéutica), la experiencia previa del fenómeno (*epoché* experiencial). En el sentido práctico, consiste en un examen reflexivo de los preconceptos, supuestos, intereses, etc. que se puedan tener y dejarlos por escrito para hacerlos conscientes¹³¹.
- b. La reducción refleja la actitud reflexiva que debe mantenerse para abordar el fenómeno. Estas reducciones ayudan al investigador a adoptar la actitud fenomenológica reflexiva que le permite abordar la naturaleza única del fenómeno, tal y como se muestra en su propia singularidad¹³¹. Es decir,

mantener constantemente una actitud reflexiva que ayude a determinar qué aspectos hacen que la experiencia sea de una forma y no de otra.

Es importante señalar que ambos movimientos se dan en conjunto en el proceso de análisis. En este estudio, el investigador, previo a la recolección de datos desarrolló un escrito con las creencias sobre el fenómeno, así como los conceptos aportados por la fase cuantitativa de esta tesis. Este escrito fue de guía para el proceso reflexivo, buscando una actitud abierta hacia la narrativa de los participantes y evitar las influencias de los preconceptos sobre el fenómeno.

3. **El método filológico:** vocativo. El termino *vocatio* hace referencia a dejar que las cosas “hablen” o “sean escuchadas” acercándolas a través del poder vocativo del lenguaje¹³¹. La escritura aspira a generar un relato experiencial que actúe como una caja de resonancia en el lector, de forma tal que, aunque no haya experimentado el fenómeno pueda reconocer la experiencia descripta. Existen varios métodos vocativos, entendidos como dimensiones de la escritura y no como métodos en sentido instrumental, mediante los cuales se pueden expresar los significados del lenguaje fenomenológico. Estos métodos vocativos logran unir los significados del texto de una manera más sólida que en el caso de la prosa narrativa ordinaria¹³¹. Los métodos evocativos que se tuvieron en cuenta en la redacción de los resultados fueron:

- a. Giro evocativo (la proximidad): Intenta acercar el significado de lo vivido al lector mediante la escritura, dándole vida al fenómeno investigado¹³¹. Usa metáforas y otros recursos literarios para crear una conexión perceptiva.

- b. Giro invocativo (intensificación): incrementa los aspectos filológicos del texto para que las palabras intensifiquen su sentido y su sensibilidad¹³¹. Se intenta escribir de modo que las palabras tengan un cierto efecto sobre el lector.
- c. El giro convocativo (empático): pretende que el texto posea un poder empático de atracción, que sus significados hablen al lector haciéndole un llamamiento¹³¹. Apela a la dimensión empática del lector, transmitiendo conocimiento experiencial más allá de lo intelectual. Se enfoca en crear un espacio de reflexión compartida.

Una vez descriptos los principales aspectos de la FI se procede a detallar las etapas desarrolladas en el estudio.

8.2.2 Ámbito del estudio y participantes

Los estudios fenomenológicos, consideran el contexto o situación en que se vive la experiencia para proporcionar el común denominador entre los participantes¹²⁶. La consideración del contexto permitió también acceder al contexto sociocultural de los participantes, propio de la FI¹²⁸. En consecuencia, en primer lugar, se detalla el ámbito del estudio y luego los participantes.

Los profesionales de este estudio se desempeñaban en un hospital de alta complejidad de la Provincia de Buenos Aires. Éste se encuentra fuertemente comprometido con la calidad y seguridad del paciente, aspectos incluidos en la misión institucional. También se destaca el rol clave que juegan la centralidad de las personas y para ello las necesidades de todo el equipo de salud, constituyen un foco de atención. En ese marco posee varias acreditaciones

nacionales e internacionales que respaldan la atención segura y de calidad que allí se ofrece. Cuenta con un Departamento de Calidad y Seguridad del paciente que lidera en la organización para la implementación de los estándares de calidad y seguridad del paciente. Entre las acciones relacionadas a seguridad se destacan el reporte voluntario de incidentes y ateneos de morbimortalidad. Cuenta con protocolos de actuación para la primera víctima. pero al momento del estudio en su fase cualitativa, no se describen protocolos formales de atención a la SV.

Para la realización del estudio se contó con la autorización de las autoridades del hospital. El acceso a los participantes se realizó a través de un profesional del Departamento de Calidad y Seguridad del paciente que, por su función en el área, conocía los profesionales que habían experimentado un EA. En este primer contacto, se informó a los participantes los objetivos del estudio y su metodología, invitándolos a participar. Solo en aquellos casos en que los profesionales accedieron a formar parte del estudio, fueron puestos en contacto con la investigadora principal de este estudio. En ese momento se ofreció al participante la hoja de información del estudio y la hoja de firmas del consentimiento informado (Anexo 9).

La población, entonces estuvo conformada por profesionales de salud que estuvieron involucrados directamente en un incidente de seguridad en la atención de salud. Los criterios de inclusión fueron que se desempeñaban en el hospital participante, que acepten participar otorgando el consentimiento informado. Se excluyeron a quienes se encontraban de licencia en el momento de la recogida de datos y aquellos profesionales que no aceptaron participar en el primer contacto establecido por el Departamento de Calidad y Seguridad.

En cuanto al muestreo, un aspecto fundamental en la FI, es que es esencial que todos los participantes tengan experiencia con el fenómeno en estudio. En este sentido el conocimiento

de las personas candidatas a participar por parte del ejecutivo de Calidad y Seguridad del paciente fue un aspecto clave en la selección de la muestra¹²⁶. Se realizó un muestreo intencional, ya que solo podían formar parte del estudio quienes hayan vivido o estén viviendo la experiencia¹²⁷ de SV. Aquí la palabra intencional significa que las personas fueron seleccionadas porque ellas, intencionalmente y de forma deliberada podían ofrecer una comprensión profunda de la experiencia¹²⁷.

Para garantizar la rigurosidad de la muestra, se tuvieron en cuenta las estrategias de muestreo desarrolladas por Miles & Huberman¹²⁶. Entre ellas se puede mencionar la máxima variación, en cuanto a los aspectos de profesión, antigüedad profesional, especialidad en que se desarrollaron y tipo de EA experimentado. Además, se consideró incluir casos críticos que permitía una generalización lógica de los resultados y casos típicos que permitieron resaltar lo habitual entre las SVs. Finalmente, la intensidad de casos fue una estrategia que permitió acceder a situaciones en las que el fenómeno se manifestó de forma intensa, pero no extrema¹²⁶.

Se estableció un mínimo de 5 participantes¹²⁶ hasta obtener la saturación teórica de los datos. Conviene resaltar que en investigación cualitativa, el tamaño muestral no está en relación al número de individuos sino en la profundidad de la indagación hasta lograr la saturación teórica¹²⁶, criterio que se tomó en este estudio para determinar la cantidad de participantes incluidos. No se busca generalizar sino dilucidar lo particular o específico¹²⁶. En este sentido, el número de participantes requerido varía entre los autores fenomenológicos, pero destacan aquellos que proponen un número reducido de casos, incluso de hasta tres¹²⁷.

8.2.3 Recolección de datos

La propuesta fundamental de Van Manen, dentro de los métodos empíricos de las Ciencias Humanas es la entrevista en profundidad que permite establecer una “relación conversacional” con el participante¹³¹.

Como etapa previa se clarificaron los supuestos previos sobre el fenómeno, así como las experiencias personales ante los EA, como método de *epoché* – reducción propuesto por Van Manen¹³⁰. Esto se llevó a cabo en un texto narrativo al que se acudió en cada fase del análisis, a fin de garantizar la apertura hacia el fenómeno y la reflexión sobre la experiencia vivida. En este punto, los datos cuantitativos aportaron una estructura conceptual al fenómeno y fueron parte del texto narrativo. Si bien estos sirvieron para la maquetación de los datos, lo que se buscaba en el enfoque cualitativo fue profundizar sobre ellos, además de abrirse a información nueva que el estudio cuantitativo no había aportado.

Posteriormente, una vez establecido el contacto individual con cada participante, se acordó un horario y lugar para la realización de una entrevista en profundidad y semi-estructuradas, de forma presencial. Las entrevistas realizadas permitieron tener flexibilidad en la secuencia de temas y al mismo tiempo facilitaron abordar los temas emergentes que manifiestan la apertura al fenómeno (*epoché* - reducción) necesario en la FI¹³¹.

Para ello se diseñó una guía de preguntas (Anexo 10). Concretamente el guión de la entrevista consiste en desarrollar una lista de áreas generales que deben cubrirse con el fin de asegurar que los temas claves sean explorados. Es importante tener en cuenta que éstas sirvieron de orientación, y no fueron un protocolo estructurado a seguir de forma ordenada y sistemática¹³¹. Por tanto, no se trató de ir indagando sobre cada uno de los temas en un orden

prefijado, sino que el objetivo del guión es que cada uno de los entrevistados aporten información sobre todas las áreas generales del fenómeno^{127,132}. Esta guía puede, y debe, ser ampliada o revisada a medida que se van realizando las entrevistas¹³². Consecuentemente, se comenzó de una guía de preguntas abiertas, que fueron ampliadas y/o modificadas en la medida que se realizaba el análisis. Teniendo en cuenta la orientación fenomenológica¹²⁶, las preguntas se agruparon en dos interrogantes principales: ¿cómo fue tu experiencia de SV? y ¿qué contexto o situación afectó tu experiencia? Con ellas se focalizó en obtener datos que condujeran a una descripción de la experiencia y su significado y, en consecuencia, permitieran una comprensión integrada de las experiencias de los participantes¹²⁶.

Los encuentros fueron grabados en audio. Se tomaron notas de campo a fin de registrar la comunicación no verbal de los participantes.

Se realizó una única entrevista a cada participante. Las mismas fueron realizadas en la sede del hospital, en salas de reuniones reservadas y acordadas previamente. Tuvieron una duración de entre 40 y 95 minutos. En todo momento, se procuró que los participantes estuvieran cómodos y se aclaró que si había temas en los que no quería conversar, podían señalarlo, sin perjuicio del desarrollo de la recolección de datos. Al inicio de la entrevista, luego de la presentación formal, se solicitó al participante la narración del EA en el que había participado, así como los aspectos del contexto, a fin de favorecer el conocimiento de la experiencia tal como fue vivida y mantener una relación firme con el fenómeno, como parte de las actividades investigativas propuestas por Van Manen¹³⁰.

8.2.4 Proceso de análisis cualitativo

Finalizada cada entrevista, la transcripción de los audios se realizó de forma textual. Durante la misma se codificaron los datos identificatorios de los participantes, así como los datos de personas mencionadas en la narrativa a fin de preservar el anonimato. Se agregaron las notas de campo tomadas durante las entrevistas.

Tal como se mencionó previamente, se buscó mantener una actitud reflexiva durante la fase de análisis. Por ello, se generó un diario reflexivo que acompañó el proceso de análisis. En el encuentro con los datos narrativos, se buscó abordarlos con un análisis cualitativo complejo e interpretativo que comprendió tanto lo dicho como lo no dicho, lo explícito y lo implícito, lo manifiesto y lo subyacente. Para este análisis de los datos se utilizó el programa ATLAS. Ti versión 22. Se tuvieron en cuenta los siguientes pasos del análisis, propuestos en la literatura¹²⁷:

- **Familiarización con los datos y redacción de comentarios iniciales:** en primer lugar, se realizó la lectura de cada entrevista para de conocer en detalle la narración lograda. Posteriormente, se anotaron, en el mismo documento, comentarios de citas que reflejaban los aspectos significativos, acompañados de la determinación de unidades de significado resaltadas en colores.
- **Identificación de los temas emergentes:** como aquellos *términos* o frases que sintetizaban lo expresado¹²⁷ y, además, sintetizan lo expresado en los comentarios iniciales redactados en el paso previo. Así, la lectura y relectura de los datos se realizó varias veces. En ella se buscó en primer lugar una aproximación holística (como un todo) a los datos, y posteriormente una aproximación detallada, línea por línea, cita

por cita¹³⁰, para poder seleccionar las unidades de significado que reflejaban mejor la experiencia de SV. Las etiquetas de las unidades de significado constituyeron los códigos que representaron los temas emergentes. Esta codificación constituyó una codificación prefigurada, a la luz de los datos cuantitativos aportados en la fase previa del estudio. En consecuencia, los códigos iniciales que se plantearon a la luz de los resultados cuantitativos fueron: respuesta emocional, respuesta física, percepción de la respuesta del entorno laboral, estrategias de afrontamiento utilizadas y percepción del desempeño de sus capacidades profesionales. En cuanto a las medidas de afrontamiento la codificación prefigurada permitió centrarlas en estrategias centradas en el problema y en las emociones. Este aspecto fue fundamental para la integración de los resultados entre las fases cualitativas y cuantitativas del estudio mixto. En este paso, se volvió constantemente sobre los datos a fin de mantener la actitud abierta hacia la narración de los participantes. Es decir, se buscó de forma constante, que la estructura conceptual aportada por los datos cuantitativos, no limite los temas que podían emerger en el análisis cualitativo. En este punto el diario reflexivo fue imprescindible para mantener la actitud interpretativa acorde al diseño fenomenológico. Los temas y subtemas, como entidades conceptuales, fueron emergiendo del análisis.

- **Agrupamiento de los temas:** que pretendió buscar una relación entre cada uno de los temas, agrupándolos entre ellos en núcleos centrales¹²⁷. Para este aspecto, además de la pausa reflexiva, fue vital considerar la estructura conceptual ofrecida por el análisis cuantitativo realizado previamente. De esta forma los resultados cuantitativos, contribuyeron a darle unidad a los temas que emergieron en el análisis

cualitativo, aportando profundidad en los mismos. En este proceso se colocaron etiquetas a los temas y núcleos, buscando las conexiones entre ellos.

- **Elaboración de tablas de temas:** en ellas se intentó realizar una presentación ordenada de los temas que emergieron¹²⁷, considerando sus códigos (o temas subordinados) y la relación que existía entre ellos. De esta forma el texto narrativo de cada entrevista cobró nueva forma en un esquema de temas principales y subyacentes del fenómeno, acompañados por las citas que lo representaban.

El proceso de análisis se llevó adelante por dos investigadores, de forma individual e independiente. Luego de las etapas mencionadas, se mantuvieron varias reuniones que permitieron unificar los resultados, de forma que muestren la significación del fenómeno que le otorgaron los participantes. Una vez finalizadas las cuatro etapas mencionadas se procedió a la redacción de los resultados. Para ello se tuvo en cuenta los aspectos propios de la escritura fenomenológica, mencionados con anterioridad.

8.3 Rigor de la investigación cualitativa

Uno de los principales problemas que enfrenta el enfoque cualitativo, y por lo tanto la FI, es la confianza de sus hallazgos. Esta confianza se apoya en los criterios de calidad metodológica, que siempre se consideran en los diseños cualitativos^{126,133,134}. Por ello, en este estudio se tuvieron en cuenta los criterios de rigor mencionados por Lincoln & Guba que son la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y la confirmabilidad^{133,134}.

En primer lugar, la credibilidad¹³⁵ se refiere al grado en que los resultados son creíbles y reflejan la realidad del fenómeno en estudio¹³³. Para ello, se proponen distintas estrategias que garantizan que los procedimientos de recolección y análisis fueron adecuados¹²⁷. Entre

las utilizadas en este estudio, se puede mencionar la utilización de un muestreo intencional, con estrategias de máxima variación e inclusión de casos extremos¹³³, que permitió la representatividad del fenómeno en estudio. Otras de las estrategias utilizadas para garantizar la credibilidad fue la triangulación de métodos y de análisis^{127,133,134}. En la primera, se busca la verificación de la consistencia de los hallazgos generados por diferentes métodos de recopilación de datos¹³⁴. En este caso, los datos cuantitativos precedieron al enfoque cualitativo. En la segunda, se propone utilizar varios analistas para revisar los hallazgos destacando que este proceso no busca generar el consenso, sino comprender las múltiples formas de ver los datos¹³⁴. La triangulación del análisis realizada en este estudio se dio a través de dos investigadores, realizando cada uno de ellos un análisis individual e independiente. Una vez finalizadas las etapas de análisis individual, se realizó una puesta en común entre ambos, abriendo el debate y la selección de temas que reflejaban mejor la experiencia de las SV entrevistadas. Este proceso requirió un pensamiento reflexivo también en un nivel de mayor abstracción, buscando evitar la influencia de los preconceptos de cada analista de forma tal de dar luz al mundo vivido por los participantes.

En segundo lugar, la transferibilidad se refiere al grado en que los resultados pueden aplicarse a diferentes contextos¹³⁴, pero, a diferencia de la investigación cuantitativa, en la investigación cualitativa se hace especial hincapié en identificar similitudes y diferencias mediante una descripción del contexto de la investigación¹³³. Es decir, la generalización de los resultados no se busca en claves de probabilidades estadísticas, sino de pertinencia e interpretatividad¹³⁵. Por lo tanto, es una generalización analítica¹³³, centrándose en analizar las contribuciones de los datos al conjunto de trabajos existentes. Para ello, es importante realizar una explicación detallada del proceso de investigación y sus pasos. En este sentido,

la descripción detallada del proceso realizado, aún con cierto temor personal a la extensa redacción del apartado metodológico, buscó preservar la calidad del estudio.

Como tercer aspecto, la fiabilidad se refiere al grado en que los resultados del estudio son coherentes y pueden reproducirse¹³³. Ésta es esencial porque tiene en cuenta el rigor metodológico del estudio y el cumplimiento de un proceso de investigación sistemático en la recopilación y el análisis de datos¹³³. En este caso, la descripción detallada de la metodología contribuyó a la reproducción del estudio en cuanto a metodología. Sin embargo, la replicabilidad debe estar marcada por la adecuación al contexto en que se desarrolla el fenómeno, y abierta a la aparición de resultados que no emergieron en el presente estudio, a fin de garantizar la adecuación metodológica propia. Además, como estrategia que permite evaluar la coherencia de los resultados, durante el análisis de los datos, se realizaron distintos niveles de abstracción, a través de la determinación de unidades de significado, la asignación de etiquetas para la conformación de temas y núcleos emergentes y el agrupamiento. Finalmente, la triangulación de analistas, así como la validación de los resultados por una persona externa a modo de auditoría, que evaluó el proceso¹³⁴ y los resultados fueron también estrategias utilizadas.

En último lugar, la confirmabilidad se refiere al grado en que los resultados del estudio están influenciados por las perspectivas de los participantes en lugar de por los sesgos del investigador. En otras palabras, evalúa en qué medida los datos y las interpretaciones se basan en los datos recopilados, en lugar de en las opiniones personales del investigador¹³³. En este sentido, el control de sesgos es un aspecto clave^{133,134}. Éstos, en la investigación cualitativa, pueden presentarse como formas erróneas o superficiales de interpretación de los datos^{129,135}. Para ello, se tuvieron en cuenta dos aspectos: por un lado, el movimiento *epoché*-reducción¹³¹

realizado a través de la redacción inicial de las ideas preconcebidas en un texto que permitió plasmar los supuestos del fenómeno, de forma tal de dejarlos de lado en las fases de recolección y análisis de los datos. Y también la reflexividad como proceso fundamental del análisis de los datos¹³⁵. Ésta se intentó concretar en el proceso de pensar y repensar los datos emergentes, a fin de garantizar que los mismos respondían a los datos y no a la interpretación personal¹³⁵. Para ello la conformación de un diario reflexivo sirvió de guía para poder concretar la actitud reflexiva requerida. Por otro lado, la validación del análisis con otro investigador, garantizó de alguna manera la evitación de sesgos y contribuye a la credibilidad del estudio.

8.4 Aspectos éticos

Entre los aspectos éticos considerado en este estudio se pueden mencionar:

- La autorización a las autoridades del hospital para la realización del estudio
- La evaluación y aprobación del protocolo por parte del CIE (019-017).
- La protección de los participantes, estableciendo el contacto con ellos, únicamente una vez que aceptaron formar parte del estudio y respetando la voluntariedad de su participación. Además, se solicitó a cada uno de ellos la aceptación formal de su participación a través de la firma del consentimiento informado (Anexo 9).
- La preservación del anonimato de los participantes, realizada en la desgravación de las entrevistas. En ella no se señalaron ningún dato que permitiera la identificación de los mismos, asignándose una letra y número a cada uno de ellos. Además, una vez transcritas las entrevistas, los audios fueron eliminados.

8.5 Resultados

En este apartado se presenta la experiencia de SV vivida según se pudo interpretar de los datos aportados por los participantes. La narración adquiere la forma de escrito fenomenológico. Para ello, el relato se estructurará en dos grandes núcleos: la experiencia vivida como un proceso en movimiento y las estrategias de afrontamiento que relataron los participantes. De cada núcleo emergen distintos temas. En la Figura 5 se muestra la red que conforma la experiencia vivida, con los temas que emergen de los núcleos mencionados.

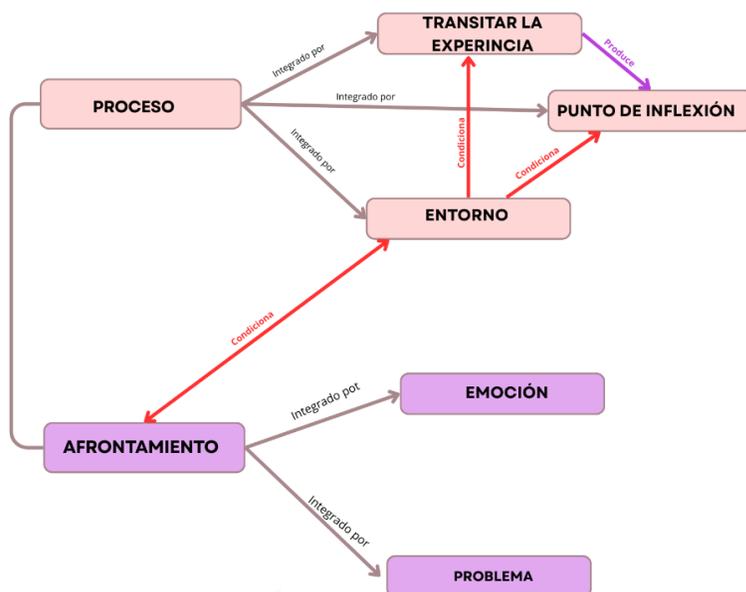


Figura 5: Núcleos y temas de la experiencia vivida de las SVs

8.5.1 La experiencia vivida de ser segunda víctima: un proceso en movimiento

Si bien la vivencia de SV se despliega de manera singular en cada participante, en el análisis de las entrevistas se reconoce una forma común: un proceso que, aunque personal y subjetivo, ocurre siempre en relación con un entorno determinado. La experiencia no se desarrolla en el vacío; es tejida por circunstancias, vínculos y espacios propios. Desde esta comprensión, emergen tres grandes temas que delinear el modo en que los profesionales de la salud atraviesan la experiencia:

- Transitar la experiencia: como un proceso en movimiento que atraviesa tres momentos; recibir el impacto, la transición y la transformación.
- El entorno: entendido como el escenario (humano, físico, ambiental) que puede condicionar el proceso.
- El punto de inflexión: esa grieta o umbral desde donde algo se transforma, donde el antes y el después se hacen evidentes.

Estos tres núcleos temáticos no aparecen como compartimentos estancos, sino como dimensiones interrelacionadas de una vivencia compleja. Sin embargo, a fines de redacción de los resultados, se distinguen entre ellos, en la narración siguiente. Además, en cada uno de los temas se identificaron subtemas y sentidos interpretados que se muestran en la Figura 6.

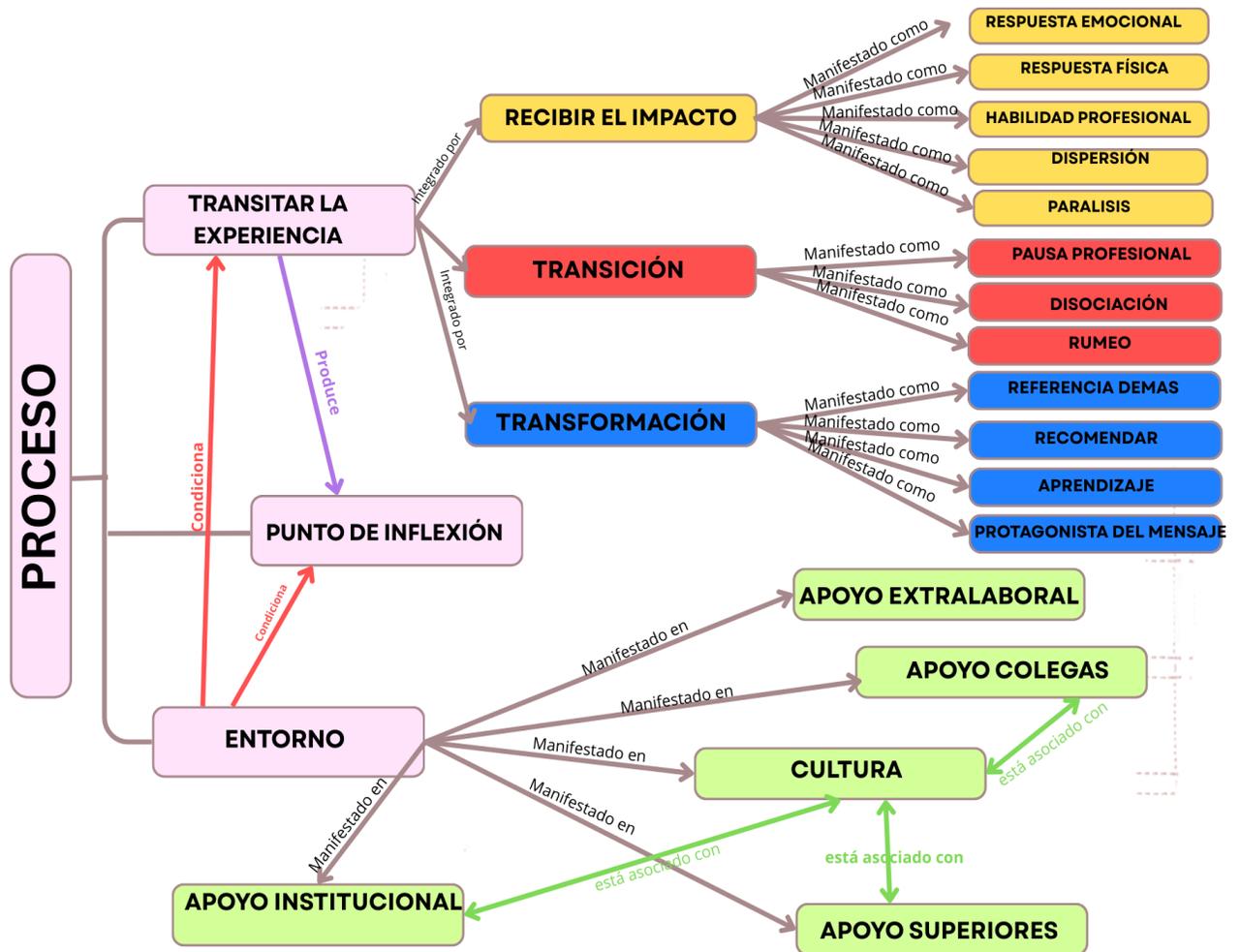


Figura 6. Red de temas, subtemas y significados interpretados del proceso

8.5.1.1 Transitar la experiencia

Cuando un EA irrumpe en el ejercicio profesional, no solo se quiebra un procedimiento clínico: se quiebra también, la continuidad esperada del mundo vivido. El cuerpo, las emociones, los pensamientos y el sentido mismo del ser profesional (la persona entera), entran en una forma distinta de habitar el tiempo, el espacio, el trabajo y los vínculos. Esta nueva forma, no es un estado fijo ni una identidad. Es un proceso que se despliega. En este estudio, esa vivencia tomó forma a través de tres momentos significados, no entendidos como

fases lineales, sino como formas de habitar en el mundo vivido, que pueden coexistir, superponerse o alternarse. Estos momentos son: recibir el impacto, transitar la experiencia y transformar.

El primer momento (recibir el impacto) da cuenta del quiebre inicial y la consciencia de lo ocurrido: un torbellino de emociones, pensamientos y reacciones corporales que irrumpen sin aviso. Aquí, la seguridad profesional tambalea, el cuerpo se desorganiza y el lenguaje apenas logra alcanzar lo que se siente. La vivencia emocional es abrumadora, a menudo inefable.

Luego, en la transición, se evidencia el intento de elaborar lo vivido: aparece la pausa, la distancia, el rumeo constante, la sensación de disociación entre lo que se vive por dentro y lo que se actúa por fuera. Es un momento de búsqueda y de tensión entre el pasado y un futuro desconocido e incierto.

Finalmente, el tercer momento es transformar donde emerge una vivencia transformadora. No se trata de una resolución definitiva, sino de un ir siendo distinto: una forma de reapropiarse de la experiencia, de darle sentido y proyectarse en la tarea profesional con más conciencia, más humanidad. Algunas SVs logran, incluso, volverse referentes para otros, como si el dolor transitado abriera una nueva dimensión del cuidar.

Estos tres momentos, reconstruidos desde la palabra de quienes vivieron la experiencia, son el intento de dar forma a lo sufrido, de hacer visible aquello que muchas veces se vive en silencio. En la Figura 7 se muestran los significados que emergieron de cada uno de los momentos y a continuación se desarrollan con mayor profundidad.

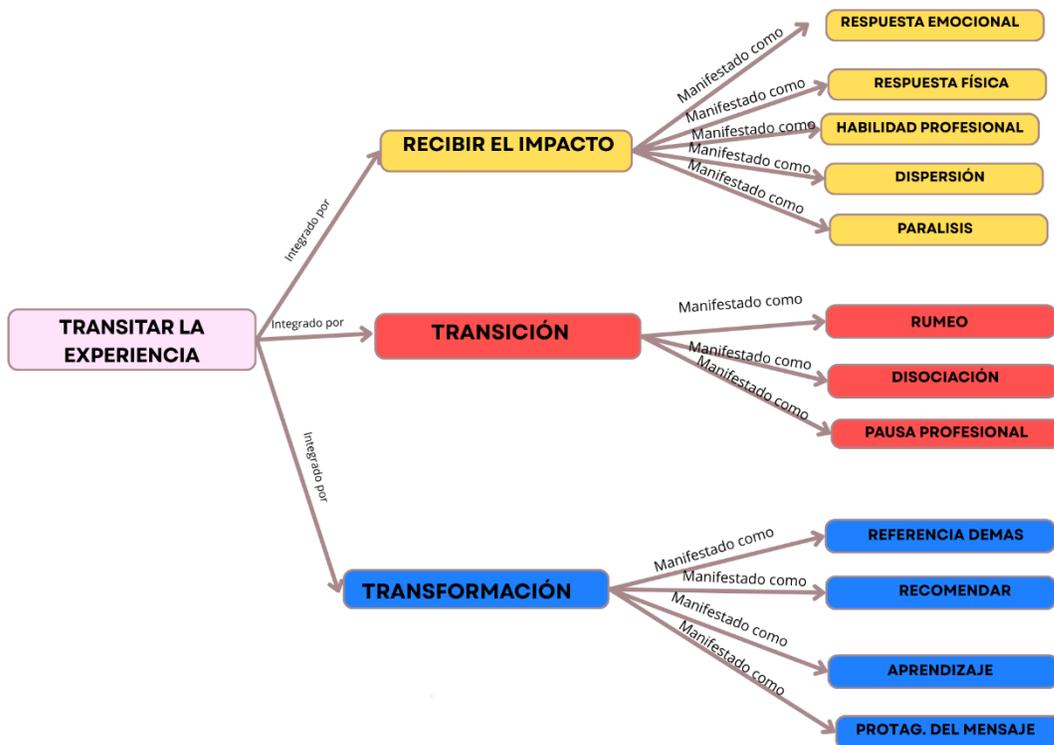


Figura 7: Subtema y significados de Transitar la experiencia de las SVs.

Recibir el impacto

La experiencia de convertirse en SV irrumpe con una fuerza emocional arrolladora. El momento inicial, ese en que el EA cobra cuerpo en la conciencia del profesional, se vive como una especie de estallido interno: un antes y un después que marca, descoloca y paraliza. Aparecen entonces emociones, pensamientos y vivencias intrusivas que dominan la experiencia.

Algunos profesionales describen ese impacto con una densidad emocional que no se deja reducir a una sola palabra. Es una tormenta de sensaciones superpuestas, y las SVs parecen

encontrar dificultades para identificarlas de forma aislada y nombrarlas. De esta manera lo expresa uno de ellos: “Es como que te roben en tu casa y después volver a entrar... sabés que el chorro no está, pero es una sensación...” (P2).

Otros, en cambio, logran ponerle nombre a lo que sienten: miedo, culpa, vergüenza, angustia, soledad. La culpa aparece como una emoción constante: culpa por lo que pudo haberle pasado al paciente, pero también por el equipo, como si el EA hubiera salpicado a todos. Esto le ocurre a un profesional que, al terminar el procedimiento con el paciente expresó: “Y cuando salimos hablé con el profesional a cargo, lo primero que me salía era pedirle perdón, perdón, perdón, perdón. Me sentía culpable (...)” (P5).

El miedo, a su vez, no siempre se dirige a algo concreto: a veces es un estado difuso, un presentimiento de amenaza. Pero también toma formas claras: miedo a las consecuencias legales, al juicio de los otros, al cuestionamiento profesional.

La estigmatización, en ese contexto, se vuelve una herida abierta, se sienten señalados, etiquetados bajo el título “cometiste un error” o “te equivocaste”. Esta situación se ve de forma más frecuente en el ámbito laboral, pero también algunos participantes no quieren comentarlo a la familia o amigos por temor a la etiqueta o rotulo que pudieran ponerle, o incluso en algún caso que la situación tome estado público donde la estigmatización se agudiza.

“Y cada vez que, no sé, yo tenía un problema por cualquier motivo, no sé, deje mal una silla era... `no, porque vos te equivocaste con un paciente`. Y no tenía nada que ver [...] si bien había cometido un error que no quería que me lo repitan todo el tiempo. O, sino, que me saquen del puesto y que me pongan en, no sé, en otro lado, si no creían que yo estaba capacitada para continuar trabajando. [...] Y, así y todo,

sentía que andaba por el pasillo y que la gente me miraba. Capaz nada que ver lo sentía yo, que me señalaban” (P5)

La soledad se impone cuando la comprensión no llega, incluso de quienes atravesaron situaciones similares. Más aún, el aislamiento o dolor se intensifica cuando la empatía esperada no aparece.

Las reacciones del cuerpo, a su vez, expresan lo que las palabras a veces no pueden: insomnio, pesadillas, temblores, problemas para comer, pérdida de apetito, enfermedades. El cuerpo también grita, como manifestación de lo que atraviesan las SVs. Así lo expresa un participante: “(...) entonces, después de ese día, la realidad es que soñaba, soñé de todo, hasta que me iba a la cárcel. Fue horrible, la pasé muy mal, muy mal... y me duró como dos semanas, a tres [las pesadillas]” (P5) y otro participante agrega “el insomnio me duró más de tres meses” (P7).

Además, la inseguridad profesional, irrumpe en las SVs y expresa la conciencia de recibir el impacto. Volver al trabajo implica hacerlo bajo el peso de una inseguridad profunda, del miedo a equivocarse de nuevo, de una gran sensación de incapacidad. Esta situación ocurre en el mismo momento del hecho, cuando deben seguir atendiendo pacientes. Pero, además, continúa después, cuando regresan al área de trabajo, pasado unos días o incluso semanas.

Las manos tiemblan, la mente se bloquea, la capacidad de actuar parece esfumarse:

“Toda la noche [la guardia], toda la noche. A continuación, tenía que seguir atendiendo. No, ¿viste cuando te tiemblan las manos?, no podés pensar. No tenía a quién pedirle ayuda (...) Me temblaba todo, no podía pensar, me temblaba todo. Yo no sé a quién le pedí ayuda, si es que vino la ayuda. La verdad, no te puedo decir...” (P7).

Algunos intentan contrarrestar ese quiebre reafirmando su trayectoria profesional o capacidad: "llevo muchos años haciendo esto" (P2) o "yo me forme y me capacite para desarrollar estas tareas" (P5). Son frases y pensamientos que emergen para combatir la inseguridad que experimentan. Otros sienten que todo se desmorona: "se acabó mi vida profesional, me tengo que dedicar a otra cosa" (P7).

La dispersión mental y la parálisis emergen como formas de ese impacto: el pensamiento se queda atrapado, rumiando, desconectado del presente. Así lo expresa uno de los participantes: "Como que te quedas pensando y estás ahí ensimismada... seguís haciendo tus cosas, pero con eso en la cabeza" (P1) Más aún, otro relató:

"... de hecho (...) no pude salir a manejar [cuando terminó su jornada laboral]. Estaba aturdido. Y después entendí, no, no podía entender por qué había habido tantas barreras que no pudieron frenarlo" (P4).

En esta etapa, el mundo se vuelve un lugar incierto. La identidad profesional se tambalea. El tiempo se suspende y todo parece reflejarse desde un mismo punto: el momento del EA.

Transición

Después del golpe inicial, algo comienza a cambiar. No se trata de alivio ni de resolución, sino de un lento y confuso recomienzo. Las SVs no salen aún de la experiencia, pero empiezan a transitarla de otro modo. Es una zona intermedia, difusa, donde el impacto sigue presente, aunque de formas más ocultas. De este modo, buscan, muchas veces sin proponérselo, maneras de sostenerse.

Una de esas formas es el alejarse del escenario. Algunos profesionales sienten la necesidad imperiosa de tomar distancia. Ya no se trata solo del lugar físico donde ocurrió el evento, sino del acto mismo de cuidar/curar. Tomarse una pausa profesional, correrse, silenciar el hacer.

“y yo le dije que sí que tampoco me di cuenta, ese día de decir (a su superior): `mira, hoy no estoy, no sé mándame a hacer otra cosa`. Ehm ni siquiera fui consciente de eso, pero si me acuerdo que me pasó” (P6).

Ese alejamiento no siempre es deliberado, pero actúa como una forma de protegerse frente al riesgo de volver a romperse. En esta etapa, el distanciamiento se experimenta más como necesidad que como estrategia. No siempre hay conciencia de su carácter protector, pero se impone como gesto intuitivo ante el quiebre vivido. Más adelante, esta necesidad podrá reconocerse como forma activa de afrontamiento.

Otras veces, lo que domina es el rumeo mental: una repetición interna de la escena, como una película que se rebobina sin cesar. La persona repasa lo ocurrido, revisando los pasos y las decisiones, explorando alternativas. Pero no es una acción activa, buscada, deseada, sino un pensamiento que invade de forma intrusiva.

“Todo. Porque no estaba en con la mente. Era como una película que la veía cien veces en mi cabeza y que pasaba y la volvía a ver. ¿Y qué hubiera hecho? ¿Y qué hubiera? Y la verdad, pocas cosas hubiera hecho diferente” (P7).

Este rumeo no siempre permite avanzar. Puede atar a la culpa o al “si hubiera...”. Pero también, opera como un intento de reelaborar paso por paso los sucesos. Es una forma de anclarse y no soltar. Esta insistencia del pensamiento no busca, al menos en un primer

momento, resolver el problema, sino contener el caos interno. Se instala como forma de habitar la experiencia, antes de que sea posible transformarlo en acción.

En otros casos, aparece una forma más compleja y sutil de habitar la vivencia: la disociación. La necesidad de seguir actuando como si nada hubiera pasado lleva a construir una especie de personaje, que oculta la herida. El profesional continúa, pero como si lo hiciera desde otro lugar, casi desde fuera de sí.

“Porque viste como dice el refrán, el show debe continuar, la guardia continúa, [...] La verdad estaba bloqueada, frezada. Viste cuando te meten en el freezer que no tenés reacción ni para negro ni para blanco ni para bueno ni para nada. Freezada. Que me cuesta, si no recorro a la historia clínica me cuesta recordar cosas, como que tengo blancos del episodio en sí” (P7).

Actuar como si nada, vestirse de rutina, asumir el rol. Interiormente, el proceso sigue, agazapado, oculto, latente. Aparece aquí la analogía con un teatro, como un actor que representa un papel que no es real. De este modo, la necesidad de seguir trabajando no le permite sentir o dar lugar a sus emociones.

“Por eso creo que [...] sacas del contexto todo lo demás y yo creía que podía funcionar...escúchame. funcionaba bien, con solvencia. Yo pensaba muchas veces, pero es como ser actor de teatro ¿Viste? Porque vos decís, está bien, puedes tener un drama familiar muy doloroso, pero te subís al escenario y actúas o la experiencia actuaría por vos” (P2).

En esta etapa, la disociación aparece como automatismo, no es aún una elección consciente, sino una forma en que el cuerpo y la mente protegen lo insoportable. Es, por tanto, una vivencia antes que una estrategia, aunque luego pueda asumirse como tal.

La transición no implica superación. Es apenas el momento en que el cuerpo y el alma, todavía heridos, intentan encontrar gestos mínimos para seguir. A veces esos gestos protegen; otras, silencian. Pero en todos los casos, revelan la humanidad profunda del cuidar o curar, muestran la vocación de ayudar que los llevó hasta allí y un intento por recomponerse para poder seguir estando para otros.

Transformación

Hay un momento, incierto en el tiempo, en el que algo empieza a cambiar. No se trata de haber sanado la herida, ni de haber dejado atrás lo vivido. Más bien, es una suerte de reorganización interior: la experiencia del EA ya no ocupa todo el espacio, aunque sigue siendo parte de quien la transitó. Lo que emerge en este tramo no es olvido, sino transformación. En el dolor vivido comienza a gestarse un aprendizaje. A medida que transcurre la experiencia de ser SV, algunos profesionales comienzan a elaborar un sentido más amplio, una lectura que va más allá del suceso puntual.

La experiencia, aunque no buscada, ofrece una posibilidad de mirar distinto, de habitar el cuidado desde otros lugares. De este modo, las SVs reconocen un aprendizaje, que no aparece como consigna externa ni como exigencia. Brota lentamente, como destello que ilumina retrospectivamente el dolor, revelando una posibilidad de cambio. No se trata de justificar lo ocurrido, sino de reconocer en esa vivencia una marca que interpela. Como un descubrimiento, que se lo puede vivenciar desde otro lugar:

“Te digo la verdad, hoy después de tantos años, recuerdo como un desafío de decir ‘bueno, no me va a volver a pasar’. Y, siempre fui de hablar con mis compañeros y, las veces que escuché, por ahí algo despectivo hacia un algo, hacia un error o algo, más (...) buscaba decirle ¿Y si te hubiera pasado a vos? (...) intento ser más empática” (P1).

Así, lo vivido se transforma en lente para mirar a los otros, desde una mayor humanidad, una empatía que nace del propio dolor. Pero también en cambios concretos, gestos mínimos que buscan proteger el ejercicio profesional:

[Después del evento lo que cambió es] “en hacer todo paso a paso (...) el ritmo al que nos llevan a trabajar hace que uno a veces hace todo rápido y sin pensar. Entonces, como que ahora pongo un freno. Por más que después tenga [a los colegas] diciéndome que me apure, hago todo paso a paso. Hago esto, lo termino y después sigo con lo otro. Porque eso yo noto mucho de qué pasa, bueno dale dale anota así nomás y después seguís. No, hago todo paso a paso, lento. No te digo que una tortuga, pero voy a un ritmo, pero termino una cosa y después hago la otra. Eso también me ayudó a frenar un poco en mí, el acelere que teníamos trabajando” (P1).

En estos relatos, el aprendizaje no es aún una estrategia, sino una forma en que el proceso vivido deja una huella, el dolor no pasa en vano, se inscribe como transformación incipiente, La vivencia del EA, lejos de endurecer, humaniza. Las SVs descubren que pueden transformar el sufrimiento en una forma distinta de estar con otros, con más pausa, con más atención, con más compasión.

A la vez, surge en algunas el deseo de ser protagonistas del relato. La necesidad de recuperar el control sobre lo que se dice, de narrar por sí mismas el evento, aparece como una forma de reparar lo que fue vivido o revertir la estigmatización que experimentaron.

“Bueno, lo que pasó, si alguien quiere saber, que me lo pregunten a mí. Yo lo pude decir, yo nunca lo negué, yo hablé. Creo que la gente con los que más, con los que prejuzgan, o juzgan a los demás, se enteraron de boca de uno y no hicieron conjeturas ni suposiciones. A quien me vino a preguntar yo se lo explique: no me siento bien, no es algo grato, no está bueno también que todo el mundo hable. Y, de hecho, lo que me recomendaron, se los dije `mira, no quieren que hable de esto, quieren que se mantenga porque después se hace todo un caldo gigante de un hervidero, chusmerío y tampoco está bueno` (...) Yo al menos lo hable; mis compañeros que vinieron a preguntarme, les dije, cual fue la situación” (P1).

Hablar, explicar, poner en palabras el suceso no es solo un acto de defensa; es también una forma de resignificar la experiencia vivida. Quienes logran narrarse a sí mismas el evento, pueden también redefinirlo, ya no como marca que condena, sino como experiencia que transforma. Este impulso por narrar no solo configura el modo en que se vivencia el evento, sino que se proyecta también como forma de afrontamiento, que será retomado en el segundo núcleo del análisis.

Finalmente, para algunas SVs, aparece una necesidad más: la de ser para otros lo que ellos hubieran necesitado. Ser referentes, ser apoyo, ser presencia. El dolor propio habilita una mirada sensible hacia quienes puedan pasar por situaciones similares.

“[para ayudarlo] me juntaría con él, vería que tuviera una opinión especializada para ver cómo está manejando este trauma, porque es un trauma. Y bueno, yo investigaría

por mí, primero conversando con la persona, preguntándole que quiere, ahuyentando nubes, ehm. Y después, estoy seguro que lo llevaría a una entrevista psicológica donde a él en un ambiente confortable, podría sacar muchas cosas y decidir él, que quiere y después ... la vuelta tiene que ser tutelada acompañada, esa transición hasta entre que el estar solo y el estar acompañando” (P2).

“Em, primero el apoyo. Yo sentí que la reunión que tuvimos nos sirvió 100%. Lo primero que haría cuando a una persona le pase es apoyarla y decirle que no se termina nada. Que hay que seguir, (...) Ubicaría a esa persona, le hablaría de mi parte y de mi experiencia para que vea que yo capaz puedo, sentí lo mismo que está sintiendo ella ahora y que no pase por lo mismo que yo pasé. O sea, estar tres semanas soñando con este evento o no pudiendo dormir o estando insegura. Capaz la ayudaría desde mi punto de vista. Y si le sirve, genial” (P5).

Ese gesto de salir del dolor propio para acompañar el dolor ajeno no anula la herida. Pero resignifica el lugar desde donde se vive. Transforma el mundo vivido. En esa acción, en ese deseo de tender la mano, se pone en marcha una forma de cuidar que no olvida el EA, pero que no se define por él.

Transformar no es olvidar. Es recordar con otro ritmo, desde otro lugar. Es seguir andando con la experiencia a cuestas, pero ya no como peso paralizante, sino como parte constitutiva del ser profesional y humano.

8.5.1.2 El entorno: resonancias del mundo vivido

Ninguna experiencia se da en el vacío. El dolor, el desconcierto, la búsqueda de sentido que siguen a un EA se viven en un mundo compartido. El entorno, definido como aquello que

rodea y a la vez penetra la experiencia, se vuelve parte constitutiva del modo en que las SVs se entienden, se sostienen o se quiebran. Lejos de ser un escenario pasivo, el entorno se presenta como un tejido de relaciones, palabras, gestos y silencios que condicionan y configuran la vivencia.

Desde el primer momento, las SVs miran alrededor buscando un gesto, una señal, una respuesta. Hay expectativa frente a la respuesta que el entorno les puede dar. Algunas encuentran rostros abiertos, manos extendidas, palabras que calman. Otras, en cambio, tropiezan con miradas frías, con la sospecha, con la urgencia de que todo vuelva a la normalidad, como si nada hubiera pasado.

El entorno está compuesto por subtemas que lo conforman y se muestran en la Figura 8. Estos son la cultura institucional, el apoyo de colegas, apoyo de supervisores, apoyo institucional y el extra laboral.

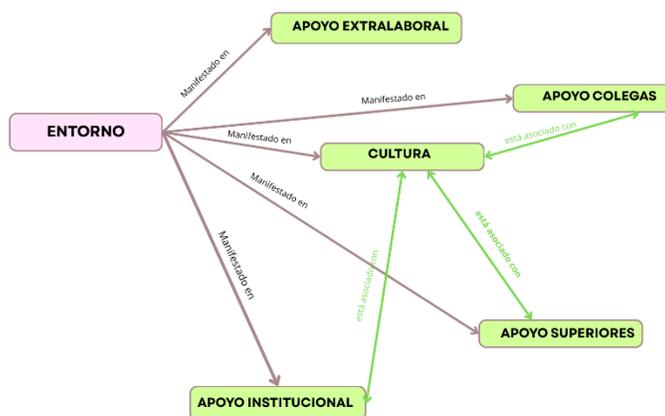


Figura 8: Red del entorno de la experiencia vivida por las SVs.

El comportamiento de las personas del entorno, especialmente el laboral, se encuentran fuertemente influenciados por la cultura institucional en la que se desempeñan, las políticas y/o normas institucionales y los recursos que ofrece. En el contexto laboral la cultura institucional marca el tono: transparencia en el mensaje, confianza con el equipo, el reporte del EA y la posibilidad de aprender del mismo, son dimensiones que emergen como aspiraciones, como ideales que, cuando están presentes, dan lugar a una experiencia más humana, y cuando faltan, profundizan el desamparo. La cultura se encarna en prácticas concretas: en el modo en que se nombra el evento, en la apertura para hablar de lo sucedido, en la posibilidad de no ser definido por el EA, en las reuniones establecidas para el análisis del EA.

“(…) acá, yo sé que pueden contar con no sé (…), con la directora, con el (…) los coordinadores, porque conozco a los coordinadores de otras áreas y sé que pueden ayudarlos ehm (…). Escucho por ahí, porque no es el único lugar en el que trabajé (…), en otros lugares que no están capacitados que (…). Acá no; sé que al menos (…) no solo en mi situación, sino en otras situaciones que han pasado, vi que al menos una contención tuvieron ehm (…) y que se les explicó cómo proceder, que hacer y por qué pasan estas cosas. Lo he podido hablar también fuera de contexto (…). No porque haya pasado sino por (…) por todas las clases que hemos tenido, por los reportes, los ateneos, por lo que se aprende (…) Creo que se tiene la libertad, al menos en esta institución, de poder hablarlo y poder aprender de eso. La cultura que se generó (…) me ayudó” (P1).

Los colegas son a menudo el primer sostén, por cercanía e incluso, por estar en el momento del EA. En la cercanía de los pares, algunos profesionales encuentran el bálsamo de la

comprensión: palabras sencillas, silencios compartidos, gestos solidarios, la posibilidad de seguir siendo reconocido como buen profesional a pesar del tropiezo.

“Si y algunos colegas también querían darme una mano, como ratificarme la confianza y me llamaban para trabajar afuera cuando yo no quería más trabajar afuera.

Entrevistadora: Bien, ¿Y eso te ayudó? Entrevistado: Si, el afecto la actitud. Me hicieron sentir que me había equivocado, pero que eso no me define como persona y como profesional” (P2).

La experiencia compartida con alguien que también ha atravesado un evento similar adquiere un valor particular, no hay necesidad de explicar tanto, hay una comprensión que se da desde el cuerpo y la memoria común del cuidado.

“... por ahí compartir con una de las chicas que creo que le había pasado en otra institución, (algo similar) no me acuerdo bien (...) o acá bueno no sé (...). De compartirlo con ella y como no se (...) eso si se sintió distinto, hablar con alguien (...) o sea, que le había pasado; eso fue distinto que con alguien que nunca le pasó; esa sensación de que vos decís “A mí nunca me va a pasar”, que era la que yo tenía (ríe nerviosa). Y menos acá, eso se sintió distinto (...) desde el primer momento [se sintió contenida]. Como te digo, porque hablamos [con los miembros del equipo] nos fuimos a disculpar y no, la contención que tuvimos porque yo dije “No, algo nos va a decir (...) y no, nada. Fue contención pura; fue `No se hagan problema, somos todos un equipo (...) somos humanos; todos nos podemos equivocar. Estamos dando vueltas nosotros`” (P6).

“Que, en su afán de colaborar, la verdad te digo, uno es solidario con estas cosas y yo lo que rescato es eso, la solidaridad, [que recibió por parte de los colegas en el

momento de atender al paciente] Y yo agradezco eso, porque la verdad no me hubiera gustado estar sola, la verdad te digo. Pero era más la circulación de gente que vino a colaborar” (P7).

Pero no siempre es así. Hay veces en que el apoyo esperado no llega o se ofrece de un modo que hiere más que consuela. Las reacciones de jefes y superiores inmediatos resuenan con fuerza: un gesto de empatía puede humanizar la situación, mientras que una frase mal dicha, una actitud indiferente o punitiva, puede cristalizar el dolor y convertirlo en vergüenza o en exilio interior. Las SVs no esperaban explicaciones técnicas ni juicios clínicos: esperaban humanidad. Esperan que alguien pregunte, sinceramente: “¿Cómo estás?”, es decir que se preocupen por su persona.

“Si, ehm (...) hablamos [con los superiores] que nos preguntaron que, ¿Qué había pasado? (*pone tono de acusación*). Yo me sentí, eso sí me acuerdo, me sentí muy acusada porque una dijo `no lo puedo creer de vos que todo el tiempo estás` No sé (...) `que cualquier falla venís y nos avisas, no puedo creerlo que no nos hayas dicho nada` (...) El sentimiento fue de acusación; de que nuestra intención fue taparlo, y no entraba en mi cabeza tapar algo así. Ehm no se (...) sentí que no tuve la contención, si bien no la esperaba; que me den un abrazo, (...) era como que estábamos en el banquillo (...). Era una oficina heladera. Ehm (...) nos hicieron ir tipo a que nos laváramos la cara y que nos tomemos un rato y (...) que después fuésemos a trabajar (silencio). Horrible; horrible” (P6).

La imagen de una habitación fría, parece agudizar la frialdad con la que se sintió tratada. En alguna ocasión, valoraron la respuesta a los jefes, pero nuevamente en relación a su persona,

a como estaban ellos. De alguna manera se puede afirmar que las SVs esperan comprensión y acompañamiento por parte de sus superiores inmediatos.

“P. se lloró la vida y ahí fue cuando salimos; hablamos (...) y, salimos de ahí y ahí me largué a llorar de una manera que no podía parar y vino [su jefe inmediato] y me dijo `bueno, ya está, ya está (repite el enunciado), Ya pasó, ¿Cuánto más vas a llorar?` Es decir, ni siquiera me dejas llorar, que jodida que sos (ríe). Porque ni siquiera puedo; lo que no pude hacer ahí lo estoy haciendo ahora, en privado y ni siquiera me permitís eso. Fue la sensación de listo, basta, no estamos para sentir cosas ahora, vamos a trabajar, vamos, vamos (...)” (P6).

El soporte institucional, cuando se presenta, a veces llega desde lugares inesperados: áreas de calidad, departamentos legales, referentes con los que nunca antes se había cruzado, pero que en ese momento ofrecen un espacio de escucha y validación. Un “¿cómo están?” pronunciado al inicio de una reunión puede tener la potencia de una caricia reparadora, simplemente por romper con la lógica esperada de un espacio institucional y devolver al centro a la persona.

“... después de mis jefes, los directores médicos, los de seguridad del paciente, la directora de enfermería; ellos siempre me hablaron, estuvieron dispuestos a ayudarme, así que en ese contexto estuve bastante contenida. Y creo yo, ehm (...) al menos de lo que pude ver, fui la única, de todos los que participamos; de todos los involucrados en ese incidente, fui la única que realmente tuvo una contención por parte del hospital en sí” (P1).

“Mismo, no quiero dejar de recordar a NN, del área de legales. Si bien estábamos marcando las veredas de enfrente; el afecto, el cuidado, eso se siente, aunque (...) nos

tuvimos que diferenciar, (...) Y fue notable su intención [de preocuparse por cómo estaba la SV, más allá de su función de asesoramiento legal] (...) Aparte de un mimo y doble merito (...) porque era representante legal del hospital y nos íbamos a enfrentar” (P2).

Lo mismo señaló otro participante cuando se reunió con NN.

“(...) tuvimos la reunión [se refiere a los encargados del área de calidad y seguridad del paciente]. (...) que también, ellas lo primero que nos dijeron fue “¿Cómo están?” y ese ¿cómo están? fue otro llanto porque no podía creer que a alguien le importe como me sentía. Porque nunca nadie me había preguntado desde lo que había pasado cómo estaba. Y ellas nos contuvieron, pero terriblemente, (...) me ayudó a poder superar, (...) la verdad que re bien” (P5).

Más allá del hospital, el entorno extra laboral aparece como un refugio emocional. Familiares, amigos, parejas: esos otros que no estuvieron en la escena del evento, pero que reciben el peso de lo que dejó. Hablar con quienes no juzgan, con quienes recuerdan quién se es más allá del error, con quienes sostienen con afecto, permite, a veces, comenzar a reconstruir la imagen de sí mismo que fue dañada. Como si el vínculo afectivo preexistente, actuara de refugio seguro. En estas redes, las SVs buscan un lugar donde las cosas aún sean como antes, donde no tengan que explicar tanto, donde no se ponga en duda su valor, donde son queridas por lo que son y no por lo que hacen.

“Si, si (...), de hecho, cuando yo o sea (...) yo en ese momento (...) mi papá (...) lo hablaba con él [se refiere al padre], (...) siempre tuve la confianza de charlarlo con él; que él no lo entendió (...). le pedí que no me juzgue, pero que estas cosas pasaban y que y el (...) amén de que yo soy su hija, prefirió callarse y como que asimiló la

información y me preguntó y cuando yo le expliqué lo que me explicaban acá, porque yo también lo desconocía, ehm (...) el me entendió y me comprendió, (...) mi marido entró después porque yo después me puse de novia con él y demás (...) Él trabajaba ya en salud, entonces me pudo comprender mucho mejor pero no sé (...), explicándoles a mis hermanas, que no tenían (...), porque mi papá obviamente les habló, ehm (...) ellas me preguntaron, pero fue esa vez que necesitaron saber lo que pasó y como estaba yo y después me dijeron “Bueno, tranquila”, (...) Me juzgaron la primera vez que dijeron “¿Pero vos sos tonta? ¿Cómo te vas a dar cuenta hija?” Pero cuando me vio mal prefirió (...) callarse y no (...) no seguir indagando. Capaz que en su cabeza pasaban miles de cosas (...). Después yo le explicaba lo mismo que me decían acá: “Mira, estas cosas pasan; los errores pasan, los hospitales son inseguros en un montón de cosas que se hacen adentro del hospital y el hospital no las va a ocultar; trabaja para mejorarlas” Y era lo que me explicaban acá; que lo entendí. Que uno se pone a analizar y decís “Es cierto”, que nadie se para a pensar “Ay, en el hospital voy a estar en el lugar seguro del mundo” (P1).

El apoyo extra laboral cobra un valor emocional que supera cualquier apoyo. Brinda comprensión, esquiva los juicios y ofrece una contención invaluable. Así lo expresó uno de los encuestados:

“(...) [lo hable] con todos. Mi mejor amiga que es como mi hermana es también profesional de la salud. Con la primera que lo hable fue con ella. Porque la psicóloga te puede entender desde lo emocional pero no desde lo práctico (...) Y yo creo que [buscaba] un apoyo afectivo fundamental. Una palmadita, un bálsamo, una caricia, un besito. Y desde lo profesional, ella es híper capaz, híper capaz, Íntima amiga mía,

muy bien formada (...) y con mi marido, mirá, él [señala que es del ámbito de salud], me dice, quédate tranquila porque yo la primera semana era un flagelo lo mío. (...) Era un flagelo, mañana, tarde y noche. No comía, no dormía, no nada. Hasta que me agarra mi marido y me dice o das vuelta de página o yo no te aguanto. Así eh. Me decía que me daba vuelta para un lado para otro, una noche se fue a dormir a otro lado porque me dice que no podía dormir para que te des una idea. Me dice, tenés que dar vuelta de página y estar convencida. Yo te conozco como laburas, hiciste todo lo que tenías que hacer. Sin estar ahí adentro yo sé que lo hiciste. Basta me dice. Basta. Yo creo que el cachetazo me lo dio él. Basta porque así no podemos seguir como familia” (P7).

El entorno no es solo contexto, es parte del vivir. Aparece como eco o contención, como juicio o abrazo, como silencio o presencia viva. Es el espacio relacional donde se confirma o se desdibuja la dignidad de quien ha vivido una experiencia límite. En este entramado de voces, gestos y omisiones, se despliega la posibilidad, o no, de poner palabras, de sostenerse, de volver a cuidar sin miedo.

8.5.1.3 Punto de inflexión: cuando la herida redefine el ser profesional

En la experiencia de quienes transitan un EA como SV, emerge con fuerza la vivencia de un punto de inflexión, una marca indeleble que señala no solo una crisis, sino un antes y un después en la manera de habitar la profesión. Este momento no se percibe simplemente como un tropiezo o una dificultad más del camino laboral; se vive, en palabras de quienes lo atravesaron, como algo que cambia para siempre la propia forma de ser profesional de salud.

A través de expresiones como “proscripción institucional” (P2), “es el fin de mi carrera” (P5), o “fue lo peor que me pasó en mi carrera” (P3), se revela no solo el dolor, sino la magnitud del impacto. Es el lenguaje de quién ha sentido que el suelo firme del hacer profesional se resquebraja, que todo lo construido tambalea frente al peso de un acontecimiento que irrumpe con violencia.

La dimensión subjetiva de este quiebre aparece cargada de imágenes intensas, que buscan dar forma a lo inabarcable de la experiencia: “terremoto” (P7), “tsunami” (P4), “cimbronazo” (P2). Son metáforas que no sólo remiten a la conmoción emocional, sino también al desmoronamiento de una identidad que parecía sólida. Sin embargo, en esa misma fractura, comienza a delinearse algo nuevo: una transformación silenciosa, a veces dolorosa, pero inevitable, del modo de estar en la profesión.

Un participante recuerda el momento en que un colega, también atravesado por el evento, puso en palabras ese desgarró:

“En un momento [un colega] estaba consternado como yo y recuerdo, ehm, un diálogo al día siguiente, telefónico, donde él me lo dijo espontáneamente: «Es como el fin de tu carrera» y se puso a llorar. Sí, en general cuando yo te comento lo de mi proscripción institucional da cuenta de eso, es muy fuerte. Pero sí, esto te hace repensar si servís o no servís. A mí me fue un antes y un después” (P2).

Ese “antes y después” no es solo cronológico, sino existencial. La pregunta que se abre (¿sirvo o no sirvo?) no refiere únicamente a la competencia técnica, sino al sentido mismo de estar al servicio del otro. En ese intersticio, entre el derrumbe y la duda, comienza a forjarse un modo distinto de mirar el hacer profesional: más consciente, más vulnerable, más reflexivo.

“[Me quedé] devastada, me pasó un tren por arriba. Fue en mi carrera profesional lo peor que tuve, pero por lejos. Lo peor que tuve. En cuanto que, ¿viste cuando vos sentís que todo lo que hiciste no es suficiente?” (P7).

Ese “me pasó un tren por arriba” no habla sólo de la magnitud del sufrimiento, sino de una experiencia que arrasa con todo lo anterior y deja una huella. Pero también, en esa devastación, aparece la posibilidad de un nuevo modo de ser profesional, una manera distinta de comprender la fragilidad, la responsabilidad, y la profunda humanidad que atraviesa el acto de cuidar.

Así, este punto de inflexión, lejos de clausurar, se convierte en una frontera desde donde comienza a construirse un nuevo sentido. La herida no se borra, pero puede ser incorporada como parte de una identidad más consciente, más compasiva y más abierta a la complejidad del cuidado en el contexto sanitario.

En conclusión, el proceso que atraviesan las SVs es dinámico y existencial que desestabiliza el mundo vivido: primero, transitan la experiencia con impacto emocional y corporal que fragmenta la continuidad del ser profesional; luego, una transición ambigua en la que se oscila entre el sentir y significar, entre el silencio y la búsqueda de sentido; y finalmente, en algunos casos, una transformación que no borra la herida, pero la resignifica como parte constitutiva de una nueva forma de cuidar. El trascurso de los momentos, no se da aislado: el entorno, compuesto colegas, jefes, instituciones y amigos y familia cobra forma de gestos, silencios y vínculos, e influye poderosamente en cómo se habita esa experiencia. Así, en ese tejido de vivencias, emerge con fuerza el punto de inflexión: un antes y un después en la manera de ser y estar en la profesión, que deja una marca indeleble y da forma a una identidad más consciente, vulnerable y comprometida con la complejidad del cuidado.

8.5.2 Afrontamiento como forma de habitar el después

En este análisis, se reconoce que algunos aspectos de la vivencia de las SVs pueden aparecer tanto en el desarrollo del proceso (narrado en el apartado anterior) como en lo que aquí se denomina afrontamiento. La distinción entre acciones que pueden interpretarse como estrategias de afrontamiento y aquellas que expresan la manera en que se vive la experiencia no se fundamenta en la intención consciente del sujeto. En cambio, se establece a partir del sentido que dichas acciones adquieren en el contexto del mundo vivido, considerando la complejidad y profundidad de la experiencia subjetiva. Por ello, se diferencia el proceso, desarrollado previamente, como el trayecto vivido desde el impacto inicial hasta la transformación que se expresa como una reorganización personal, sin dirección clara, muchas veces sin palabras, en el que el participante es profundamente atravesado por la experiencia. En cambio, se nombra afrontamiento a aquellos modos en que las SVs, aún con la herida abierta, encuentra formas de sostenerse, de seguir en el mundo, de permanecer, aunque precariamente, en su tarea o en su identidad.

De este modo, aparecen dos formas diversas de afrontamiento. La necesidad de un hilo conductor que guíe el relato del mundo vivido, exige presentar las estrategias de afrontamiento con dos grandes subtemas. Aquellas acciones que se centran en regular las emociones o las que se centran en intentar solucionar el problema. Las primeras, abarcan respuestas como la necesidad de hablar con otros, llorar, bloquear recuerdos, o tomar distancia física, o más bien afectiva, del evento; son modos de protegerse del impacto inmediato, de amortiguar el dolor que deja el acontecimiento, gestionando las emociones que experimentan. Las segundas, aparecen como aquellas en que los profesionales intentan

comprender, resignificar, aprender o enseñar a otros a partir de lo ocurrido y con ellas intentan encauzar al problema. Desde esa doble dimensión del afrontamiento, se entreteje un movimiento que no es lineal, sino vivido como vaivén: una oscilación entre sostener el mundo interior dañado y buscar la solución en el espacio profesional. Por tanto, el afrontamiento no es solo una estrategia funcional, sino una forma de habitar el después del evento. En la Figura 9 se presentan los temas y subtemas que emergieron del mundo vivido expresado por los participantes:

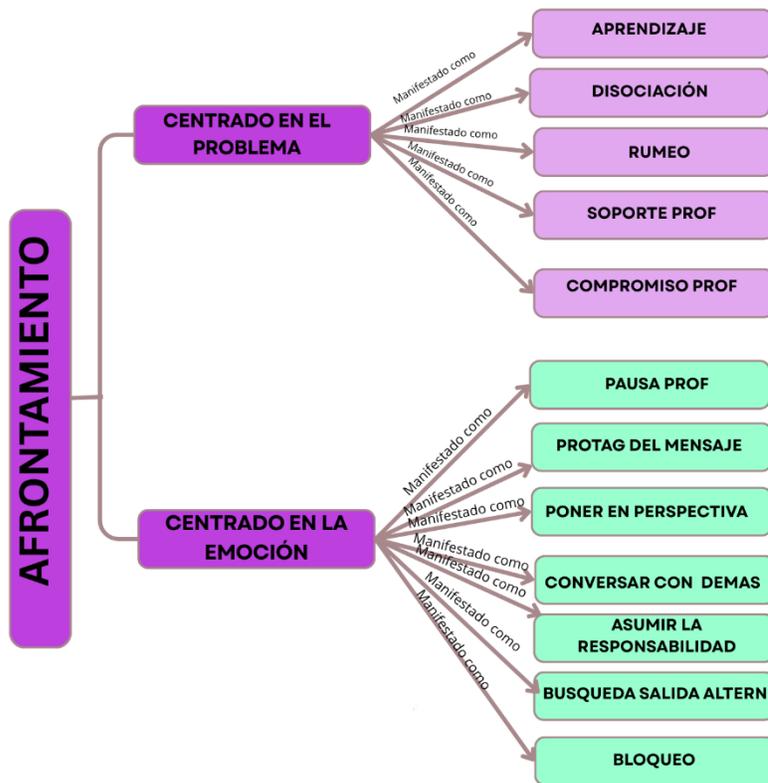


Figura 9: Red de afrontamiento con subtemas y significados

8.5.2.1 Estrategias de afrontamiento enfocadas en emociones

En la experiencia vivida por los profesionales de la salud, las estrategias de afrontamiento centradas en emociones se presentan como respuestas, como intentos por reconquistar un cierto equilibrio emocional ante lo que irrumpe. Las acciones se inscriben, entonces, en una búsqueda por comprender y dar sentido a lo vivido, por contener un dolor que excede lo estrictamente técnico y se entrelaza con lo existencial.

En primer lugar, hablar del suceso emerge como una necesidad profunda, no sólo para buscar comprensión y consuelo, sino para resistir al aislamiento que impone la vergüenza o el miedo al juicio. Así, conversar con los demás, es compartir la experiencia y se vuelve un modo de analizarla a través de la palabra del otro, de transformarla en relato y, en consecuencia, aliviar su peso. Lo expresó uno de ellos: “Mirá, a mí lo que me ayudó fue contarle dieciocho mil veces a colegas de acá que me entienden. Y uno de ellos fue el que me dijo, vos te vas a ir a hablar. Contalo las veces que necesites” (P3). Y otra agrega: “(...) por ahí compartir con una de las chicas que creo que le había pasado [participar en un EA] (...) de compartirlo con ella y como no sé (...) eso sí se sintió distinto, hablar con alguien (...) que le había pasado; eso fue distinto que con alguien que nunca le pasó” (P6).

Como se mencionó anteriormente, para algunos profesionales hablar fue también una forma de tomar el control sobre el relato, de impedir que la experiencia se distorsione en los pasillos del hospital. Aquí, el acto de narrar se convierte en una estrategia concreta de afrontamiento emocional, en la que se intenta reparar el daño simbólico mediante la palabra propia.

En segundo lugar, el hablar se transformó en la necesidad de ser el protagonista del mensaje, aparece como una forma de cuidado de sí, de tomar el control, un intento por sostener la

dignidad ante la amenaza de la desfiguración. En algunos casos, este diálogo permitió además una búsqueda de comprensión y una manera de preservar la identidad profesional.

“Mi miedo en esos días era el comentario de pasillo; yo no quería que se haga una bola gigante de comentario de pasillo entonces yo prefería contárselo a mis compañeras, cómo podía (...) que también era hablar y largarme a llorar, que no es nada bueno (ríe). Entonces, mi idea era, si lo podía transmitir, transmitirlo yo y que no se haga eso del comentario de pasillo” (P6).

Por otro lado, en tercer lugar, algunos profesionales expresan haber encontrado un cierto orden en el caos asumiendo la responsabilidad de lo ocurrido. Ésta, reflejo del compromiso profesional que tenían, se manifiesta en acciones concretas como preocuparse por el estado del paciente, por el equipo de profesionales involucrados, quedarse hasta que la situación esté resuelta, aunque esto suponga tiempo extra. En este gesto se entrelazan el compromiso ético y el cuidado por el otro. Asumir la carga no como castigo, sino como forma de no soltar al paciente, de permanecer, de no huir.

“Y fue cuando frené y dije bueno (...) lo primero que pregunté fue cómo estaba la paciente. Me dijeron que estaba estable, que estaba bien pero que todavía seguía internada, (...) yo sentía que todo el tiempo, como no tanto por mí, pero yo sentía, todo el tiempo yo pensaba en la paciente. Fue como mi primera vista, después lo que me pasa a mí, bueno. Ya estaba, pero prefería que esté bien la paciente y nada más” (P5).

Y otro participante detalla:

“Porque vos te sentís un poco con una mochilita de responsabilidad. Que justamente es como que vos saltas del barco cuando el barco se hunde y no. Hay que estar. Hay que estar y ponerle el pecho a las balas. Porque fue así” (P7).

Es “estar” al que hace alusión, refleja el compromiso no solo con la profesión, sino con el evento, por más doloroso que sea transitarlo, la responsabilidad se pone por encima. Pero también puede mostrar una forma de resolver la situación, de controlar las emociones, aplacando el miedo a que al paciente le ocurra algo, de reparar, no solo para sí mismo, sino para el paciente.

Seguidamente, en cuarto lugar, en algunas vivencias se revela un movimiento interno por reconfigurar el sentido de lo ocurrido, de poner la perspectiva el hecho. Trascender el momento traumático no implica negarlo, sino situarlo en una narrativa más amplia, como un hecho posible dentro del ejercicio profesional. Esto se observa cuando intentan seguir con sus responsabilidades extra laborales, pero también cuando regulan sus pensamientos, hacia pensamientos positivos que les ayudan a controlar las emociones Este gesto permite un cierto alivio, una distancia afectiva que habilita continuar.

“o cuando me decían `vos pensá para qué te pasó esto, no el por qué te pasó a vos`. Como que hubo palabras que me ayudaron a poder decir, bueno, vamos a pensar que no es tan grave, vamos a pensar que la paciente va a estar bien y que todos vamos a aprender de esto. Como más positiva y no tan negativa” (P5).

Asimismo, en quinto lugar, algunos profesionales buscaron salidas alternativas, por fuera del lugar del suceso, en otros equipos, en la terapia, en el deporte, en la capacitación profesional. Con ello, intentan controlar la angustia, el estrés o la culpa a través de otras actividades, otros ámbitos laborales, y del pedido de ayuda a colegas. Hay aquí un movimiento hacia lo otro,

una búsqueda de revalidación, de cuidado personal y profesional que los sostiene mientras se reconstruyen.

“yo salí del hospital y me fui inmediatamente, me fui a los días siguientes a trabajar en otro hospital con colegas (...) era nada más para probarme, (...) querían darme una mano, como ratificarme la confianza y me llamaban para trabajar afuera. Pero también me ayudo a ver las cosas desde otro lugar (...)” (P2).

También algunos profesionales olvidaron gran parte de los sucesos sin importar hace cuánto tiempo habían transcurrido. Bloqueo, incapacidad de recordar detalles del evento, les permite disminuir el desgaste emocional que viven. El no recordar, el tener “blancos”, aparece como una forma de preservar algo de sí ante lo insoportable. No poder reconstruir los hechos no es aquí una falta, sino un modo de continuar. Lo expresan de la siguiente manera: “No me acuerdo (...) Mi sensación es que lo tengo totalmente bloqueado (...) este (...) no la verdad que no.” (P6). Otro participante agrega: “Que me cuesta, si no recurro a la historia clínica me cuesta recordar cosas, como que tengo blancos del episodio en sí” (P7).

Por último, algunos profesionales expresan la necesidad de una pausa profesional. No es una renuncia definitiva, sino una acción deliberada que refleja el reconocimiento de un límite. A pesar de haber sido mencionado en la descripción del tránsito de la experiencia, aquí se explora desde la perspectiva del hacer y responde a lo sentido en el proceso: la inseguridad que experimentaron. De este modo, el sentir parece querer adoptar una acción más activa que intenta afrontar la situación. Así lo expresa una SV:

“Sí, directamente no hacerlo [el siguiente procedimiento]. Me hubiera gustado irme de la guardia la verdad te digo. Pero no había cómo, (...) Yo me quería tomar un cohete a la luna, (...) lo primero que me surgió, me tengo que dedicar a otra cosa (...)”

Yo creo que es como una crisis de autoestima si yo tengo que resumir lo que me pasó.

Quería dejar el lugar, quería dejar” (P7).

En conclusión, las SVs enfrentan el impacto emocional del suceso mediante diversas estrategias: hablar sobre lo ocurrido para compartir la carga y preservar la dignidad profesional, asumir la responsabilidad como forma de cuidado, redefinir la perspectiva para continuar, buscar apoyo en otros espacios y, en algunos casos, el bloqueo, como mecanismo de protección. Finalmente, la pausa profesional aparece no como una renuncia, sino como un tiempo necesario para reconstruir la autoestima y afrontar la crisis desde una posición más reflexiva.

8.5.2.2 Estrategias de afrontamiento centradas en el problema

En el intento de dar sentido a lo vivido y encontrar una forma de continuar, algunos profesionales orientan sus respuestas hacia estrategias centradas en el problema. Estas estrategias implican no solo intervenir sobre aspectos inmediatos de la situación, sino también proyectarse hacia el futuro, elaborando aprendizajes y proponiendo cambios posibles a partir de la experiencia.

Como primera estrategia, se pueden mencionar el rumeo mental, que como señaló en el núcleo del proceso, acompaña muchas veces la vivencia inicial del evento. Sin embargo, en el plano del afrontamiento, esta recurrencia se transforma en obstáculo: los pensamientos irrumpen sin control, interfiriendo la concentración y desgastando la disponibilidad emocional para el trabajo y puede obstaculizar un afrontamiento saludable. Una participante relata:

“(…) y después no sé, a la hora de preparar medicación, te viene a la cabeza. Te sigue viniendo a la cabeza, estas en otra situación, pero te sigue viniendo a la cabeza. Le di el antibiótico; ¿Por qué le di el antibiótico? Ehm (…) no sé. estás haciendo nada y no sé, de la nada te acordás. Como que te quedas. (…) te quedas pensando y estás ahí ensimismada, no sé (…) seguís haciendo tus cosas, pero con eso en la cabeza” (P1).

Otra estrategia, también narrada anteriormente, es la disociación emocional que puede surgir inicialmente como mecanismo involuntario. No obstante, en el transcurso de los días, algunos profesionales reconocen en ella una estrategia concreta para sostener su operatividad: continuar con el rol, aún a costa de silenciar el impacto emocional, transformándose en una estrategia de afrontamiento:

“Sacas del contexto todo lo demás y yo creía que podía funcionar. escuchame (…) funcionaba bien. con solvencia. Yo, esto es más (…) no se puede tomarse (…) yo pensaba muchas veces, pero es como ser actor de teatro ¿Viste? Porque vos decís, está bien, podés tener un drama [personal] muy doloroso, pero te subís al escenario y actúas o la experiencia actuaría por vos (…)” (P2).

En la medida que los profesionales reconstruyen su experiencia. algunos reconocen que el aprendizaje se vuelve también una forma de sostenerse y constituye otra estrategia de afrontamiento. No solo como reflexión, sino como respuesta activa que reorganiza el sentido de la tarea y reafirma el compromiso con el cuidado.

En el relato también aparece una creación de una perspectiva del aprendizaje, en la que la experiencia vivida es resignificada como fuente de enseñanza. El paciente es reconocido como “el gran maestro” (P3), y lo ocurrido se transforma en una oportunidad para mejorar

prácticas y crecer como persona. El aprendizaje se manifiesta tanto en cambios técnicos, como en una mayor empatía y humanidad hacia los demás. Así lo expresan:

“Yo creo que (...) como aprendizaje (...) que ehm (...) uno, uno (repite palabra), yo, al menos yo, me dije “Tengo que aprender de esto, no me tiene que volver a pasar” (...) “Yo como profesional después de eso creo que aprendí muchísimo, muchísimo (repite palabra). Marcó, me marcó porque hasta el día de hoy, no sé” (P1).

Este tipo de afrontamiento implica no dejar que el EA o el dolor definan la identidad profesional, sino tomar de ellos una enseñanza que nutre. En algunos casos, incluso transforma la propia forma de estar en el mundo: “Si yo, a mí lo que me parece más importante es que me humanizó mucho, eso de mirarse hacia adentro, esto que vos estás haciendo de las emociones; resignifica tu vida” (P2).

En este sentido, el aprendizaje no solo ayuda a “seguir”, sino que redefine el modo de seguir: con más pausa, más conciencia, más presencia. Es una forma de darle sentido a lo vivido y, al mismo tiempo, una manera de cuidarse y cuidar mejor.

En algunos casos, esta experiencia se transforma en compromiso con la enseñanza, donde compartir lo vivido se convierte en un acto de responsabilidad profesional y es una de las estrategias que emergieron del análisis. Las SVs buscan prevenir que otros atraviesen por lo mismo, ofreciendo recomendaciones prácticas y apoyo emocional. Esta disposición se orienta tanto al plano personal como institucional, con un claro deseo de ser parte de un cambio. En sus palabras:

“Y si de mí pueden sacar algo en limpio, insistirles a mis compañeros que cumplan. Yo entendí que los procesos (...) se tienen que respetar para evitar todo esto” (P1).
“Me tocó trabajar por ahí con una compañera (...) que no hacía el conteo y yo le

decía: hacía el conteo, me pasó esto hace una semana. O sea, me pasó a mí, no le pasó a otro, no me están contando una historia, o sea me pasó a mí. Tené cuidado” (P3). “(...) de poder contener, de poder hablar, de poder escuchar; de poder comunicar con las palabras acertadas; que creo que tiene que ver más con esto de, si pasa algo, de no taparlo, de no “Ay no que la gente no se entere”. Si, que la gente se entere pero que se entere desde la fuente y no de lo que le contó otra persona (...) porque eso es lo que perjudica” (P6).

Por último. ante el temor por las consecuencias legales, laborales o personales, algunos profesionales recurren al soporte profesional como estrategia de cuidado. El no saber qué podría llegar a suceder generó en algunos casos un estrés adicional posterior al EA. Esta búsqueda se orienta hacia fuentes expertas (abogados, colegios profesionales, profesionales de salud mental) en un intento de comprender el alcance de la situación y protegerse frente a lo incierto. Una participante lo cuenta así:

“De hecho. me fui al colegio quinto de abogados que ahí no pierden ningún juicio y ellos me dijeron, si vos querés que el juicio se atenúe la causa y el cobro tenés que aceptar parte de la culpa” (P4).

En conclusión, en las vivencias de las SVs, las estrategias centradas en el problema se despliegan como un intento de solucionar las consecuencias del EA: el rumeo mental irrumpe sin tregua, tensionando la atención y drenando la energía; la disociación emocional, inicialmente involuntaria, se asume luego como máscara operativa que permite seguir actuando. Al mismo tiempo, el aprendizaje forjado en el EA, resignifica la experiencia, nutre la identidad profesional y emerge como responsabilidad de enseñanza para prevenir futuros EA. Esta mirada hacia el futuro se complementa con la búsqueda de soporte legal y

profesional, un gesto concreto de autoprotección de aquello que pudiera aparecer como consecuencias, cerrando así un círculo de afrontamiento que articula la gestión del problema, entendiendo este como el EA en sí mismo, pero también sus repercusiones.

9: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

9.1 Consideraciones generales sobre los hallazgos del estudio

En esta sección se discuten los principales hallazgos del estudio mixto secuencial desarrollado para explorar el fenómeno de SV.

La discusión se organiza en tres apartados: en primer lugar, se analizan los resultados de los estudios de validación y de la fase cuantitativa del estudio mixto; en segundo lugar, los de la fase cualitativa; y, finalmente, se realiza una integración interpretativa de ambos enfoques. Este enfoque permite comprender tanto la extensión como la profundidad del fenómeno, combinando la medición estructurada del SVEST con la riqueza descriptiva del análisis fenomenológico.

9.2 Comprensión del fenómeno desde la perspectiva cuantitativa.

9.2.1 Validación del instrumento

Los resultados obtenidos evidencian que el modelo propuesto resulta válido para evaluar la experiencia de SV y las percepciones de apoyo en profesionales de la salud en Argentina. Basándonos en la estructura original del instrumento SVEST desarrollado por Burlison *et al.*²⁸, se realizaron dos estudios consecutivos con el objetivo de adaptar y validar el cuestionario en el contexto local.

En el primer estudio, se llevó a cabo una validación de constructo a través del AFE que arrojó una estructura de ocho factores, con ítems de cargas factoriales superiores a 0.40, consideradas adecuadas para representar el constructo. En esta fase, se sugirieron ajustes mínimos en tres ítems: el ítem “indiferencia” de la dimensión colegas fue reemplazado por “apoyo”; dos ítems de la misma dimensión (“trato justo” y “trato adecuado”) se unificaron bajo una formulación más clara; y el ítem “preocupación”, correspondiente a

la dimensión apoyo institucional, fue eliminado según los resultados psicométricos obtenidos. Estos ajustes fueron guiados tanto por criterios empíricos como teóricos.

En el segundo estudio, el AFC permitió contrastar dos modelos: el modelo original propuesto por Burlison y un modelo modificado (modelo 2), adaptado en función de los hallazgos del AFE local y respaldado por estudios similares en otras regiones²². Los resultados del AFC sugirieron que la agrupación en nueve dimensiones proporciona un mejor ajuste. Conviene aclarar que, en el modelo 2, la dimensión unificada corresponde a dimensiones resultados (intención de rotar y ausentismo), que expresan las consecuencias del fenómeno a nivel institucional. Esto fue considerado por Burlison como importantes para relacionar el fenómeno de la SV con los aspectos organizacionales²⁸. El K-SVEST desarrollado en Corea también determina una sola dimensión en los factores resultados según el CFA realizado²². En este sentido, el modelo 2 responde a supuestos teóricos, mostrando una estructura factorial adecuada, pero con índices menores frente al modelo 1.

La validez de constructo del instrumento fue desarrollada en otros países, como Alemania, Italia, Estados Unidos, Turquía, Irán y China²⁹, lo que refuerza la robustez del modelo factorial. En conjunto, los resultados del análisis factorial confirman la existencia de un constructo global que, a su vez, preserva la especificidad de cada una de las dimensiones.

En el presente estudio, el ítem “estrés” presentó una carga factorial más fuerte en el factor psicológico que en el físico, una variación también observada en estudios realizados en Irán y otras culturas¹⁰⁸. Esto puede atribuirse a diferencias culturales en la interpretación del término "estrés físico", que en Argentina suele asociarse a experiencias emocionales, y justificaría el desplazamiento del ítem. El estrés, en su término coloquial, se define como una “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones

psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”¹³⁶, por lo que, al tratarse de reacciones psicosomáticas, puede ser válido incluirlo en la dimensión física. Aún así, la carga en la dimensión física, de acuerdo a la versión original del instrumento, se encuentra dentro de valores esperables.

El ítem “dejar de atender pacientes” también mostró una carga factorial más fuerte para la dimensión habilidades profesionales en lugar de la dimensión intención de abandono, donde se agrupó con índices adecuados, pero de menor valor. La propuesta de Burlison *et al.* de incluirlo en la dimensión abandono profesional responde a medir cómo las experiencias de las SVs se relacionan con los costos administrativos de las instituciones sanitarias²⁸. Con ello, teniendo en cuenta los aspectos teóricos mencionados, pareciera ser más conveniente optar por la estructura propuesta por los autores originales del SVEST.

El A-SVEST mejoró las puntuaciones de la consistencia interna en el estudio confirmatorio, presentando incrementos en los índices de confiabilidad global y por dimensión respecto al estudio 1. En el modelo 1 la dimensión ausentismo tomó valores de confiabilidad por debajo de 0.5 lo que se considera inaceptable¹¹⁹. Si bien esto puede estar dado por el número de ítems de la dimensión, sin embargo, no ocurre lo mismo con otras dimensiones que tienen el mismo número de ítems que mostraron resultados satisfactorios. El resto de las dimensiones mostraron valores aceptables (psicológica, institucional, intención de rotar) y buenos (física, apoyo no relacionado al trabajo, autoeficacia profesional). En cuanto a las dimensiones modificadas, se observaron mejoras significativas en sus índices de confiabilidad. Varios estudios mostraron índices de fiabilidad bajos en las dimensiones apoyo de colegas, apoyo institucional, autoeficacia y ausentismo, pero los ítems con sus dimensiones fueron conservados porque su eliminación no ofrecía mejores índices de fiabilidad y los aspectos teóricos lo justificaban²⁹.

En la dimensión colegas, el reemplazo del ítem “mis colegas se mostraron indiferentes a lo que me pasó” por “mis colegas me mostraron su apoyo a lo que me pasó” resultó en un aumento de la consistencia interna. Este hallazgo concuerda con estudios realizados en Italia¹¹⁰, Irán¹⁰⁸ y Estados Unidos¹⁵, donde la formulación positiva del apoyo entre pares ha mostrado una mejor discriminación del constructo.

La dimensión apoyo institucional también mostró una mejora en su fiabilidad tras la eliminación del ítem “preocupación”, según los resultados del estudio exploratorio y confirmada en el estudio confirmatorio.

En el caso del apoyo del supervisor, se introdujeron dos modificaciones: la incorporación del ítem “mi supervisor me comprendió”, y la unificación de dos ítems. Estos cambios permitieron mejorar la fiabilidad de la dimensión que, si bien continúa siendo la más baja del instrumento, mostró valores superiores respecto al estudio inicial. Un caso particular fue el ítem “mi supervisor culpa a los miembros del equipo”, que presentó dificultades en ambos estudios. Aunque su eliminación mejora los índices de confiabilidad, se decidió conservarlo por varias razones: en primer lugar, sus cargas factoriales fueron aceptables dentro de la dimensión; en segundo lugar, representa el único ítem que evalúa explícitamente una actitud negativa del supervisor, aportando información crítica para el diagnóstico institucional; y finalmente, su comportamiento psicométrico ha sido similar en otras validaciones internacionales^{15,28,109,113}. Además, la cultura punitiva está estrechamente ligada a mayor impacto en la SV^{44,67,90,91}, falta de reporte y en consecuencia de mejoras, generando de este modo mayor riesgo de daño en el paciente. Aún hoy predomina una fuerte cultura punitiva en el ámbito sanitario⁹⁵. Por estos motivos se decidió dejar este ítem en el A-SVEST, teniendo en cuenta que persiste la cultura punitiva en algunos contextos sanitarios.

Finalmente, los resultados del presente estudio permiten afirmar que el A-SVEST presenta una equivalencia conceptual y semántica adecuada con el instrumento original, validado en distintos contextos culturales y lingüísticos. Las mejoras implementadas contribuyen a una mayor precisión en la medición del fenómeno en el contexto argentino, sin comprometer la comparabilidad internacional del instrumento.

9.2.2 Estudio del fenómeno

Los profesionales involucrados en un EA presentan principalmente daño psicológico, manifestado por tristeza y culpa. Expresan que se sienten inseguros y con miedo a seguir trabajando. Además, no perciben apoyo por parte de los colegas, los coordinadores o la institución. A cambio lo encuentran en familiares y amigos. Los profesionales de mayor antigüedad, percibieron mayor apoyo por parte de supervisores y de la institución. Considerando la profesión, los médicos reportaron menor impacto y mayor apoyo de colegas frente a los enfermeros.

El mayor daño experimentado fue el psicológico, predominando la culpa. Algo similar ocurre con los estudios de otros países^{18,54,55,59,65}, en los que se agrega que, si bien éste disminuye con el tiempo, no se resuelven por completo⁵⁵ y puede asociarse con depresión y el suicidio posterior^{64,105}. Asimismo, se evidenciaron mayores consecuencias (psicológicas, físicas y de habilidades profesionales) en quienes habían percibido menor apoyo por parte de colegas, supervisores e institucionales, situación que puede poner más en riesgo a las SVs. Esto pone de manifiesto la urgencia de crear un programa de atención para las SVs a fin de prevenir afecciones mayores en los profesionales.

Otras de las consecuencias en las SVs son el cuestionamiento de las habilidades profesionales. Los participantes de este estudio manifestaron que luego del evento se sentían inseguros y dudaban de sus capacidades para realizar su tarea. Finney *et al.*

afirmaron que los profesionales de su estudio expresaron que esta dimensión es el impacto más alto, incluso por encima del psicológico⁴⁸. Otros estudios coinciden en que, si bien no es la que más afecta a los profesionales, es una de las dimensiones más puntuada^{18,59}. Es por ello que, sin ignorar las consecuencias psicológicas, es importante prestar atención a todas las dimensiones en que se afectan las SVs realizando un abordaje integral del fenómeno. Por ejemplo, la afirmación “luego del evento siento miedo de realizar procedimientos de alto riesgo”, además de la inseguridad, pone al profesional en una situación de estrés que si no se atiende y acompaña puede incrementar el daño. También se expone aún más a los pacientes cuando reciben la atención por parte de un profesional que manifiesta miedo e inseguridades y no se lo acompaña en su tarea.

Entre las medidas de soporte de las SVs, el apoyo brindado por familiares y/o amigos (no relacionado al entorno laboral) fue el más fuertemente percibido por los profesionales, del mismo modo que en otros estudios⁴⁸. Algo contrario sucede en los enfermeros estudiados por Mok *et al.* en Singapur, donde predomina un fuerte apoyo institucional, seguido por colegas y los supervisores y donde el apoyo no relacionado al trabajo (amigos y familia) es la dimensión que menor valor adquirió en el cuestionario⁵⁵. En segundo término, el apoyo institucional fue una medida valorada por los participantes de este estudio. Sin embargo, estos mismos profesionales no se sienten fuertemente apoyados por sus supervisores y colegas. Esto resalta la importancia de trabajar en la cultura de seguridad y en la educación continua del personal. Varios autores señalan que, a mayor cultura de seguridad, menores consecuencias en las SVs^{9,88,95}. El apoyo institucional percibido refleja que las SVs sienten que la institución acompaña, pero no lo perciben en su entorno inmediato (colegas y supervisores) y en consecuencia lo buscan fuera del entorno laboral. Teniendo en cuenta que los primeros auxilios emocionales y los programas de atención de las SVs recomiendan como primer nivel de atención los

colegas^{24,89,90,94}, resulta de vital importancia trabajar para que éstos cuenten con las herramientas para brindar sostén a las SVs y empatizar con la situación. Diversos estudios sostienen que gran parte de los profesionales hubiesen deseado recibir apoyo por parte de sus colegas^{28,54}, o que cuando se encontraron frente a una SV no supieron cómo brindarle acompañamiento⁹⁸. Esta idea refuerza la necesidad de capacitar al personal en acciones de atención a la SV. De esta forma se fomenta una atmósfera positiva en la organización que facilita el afrontamiento y reduce los efectos en los profesionales⁸⁸.

Si bien en este estudio el efecto en las SVs en el trabajo (ausentismo y abandono de la profesión) no parece predominar, hay profesionales que consideraron abandonar la profesión y otros que deseaban ausentarse. Además, las consecuencias psicológicas y profesionales incrementan los deseos de abandono y ausentismo. Esto fue reportado de forma más notable en otros estudios^{18,28,54,55} y conviene prestarle atención en nuestro contexto. En este estudio la intención de abandono se vio asociada con el daño psicológico y el cuestionamiento de las habilidades profesionales. Esto hace suponer, de acuerdo con Mok *et al.* que las SVs experimentan una situación de estrés que causa dudas sobre su desarrollo profesional y consideran dejar la profesión como medida de escape de esta situación⁵⁵. También la intención de abandono puede ser impulsada por los colegas o los supervisores cuando los profesionales no se sienten apoyados^{48,54,55}. Aunque el número de profesionales que están de acuerdo con abandonar la profesión no es alto, es importante considerarlo. Más aún, si no se realizan acciones para incrementar el apoyo (tanto de los colegas como supervisores), este deseo de abandono podría incrementarse, lo que traería malas consecuencias para la fuerza de trabajo sanitaria.

Los profesionales que perciben soporte inadecuado pueden presentar consecuencias más graves, como mayor estrés. Además, si no se sienten apoyados, tienden a no reportar el EA por miedo a recibir represalias mayores. Esto constituye una barrera fundamental para

la protección del personal y del paciente⁸³. Y como consecuencia, las SVs siguen desprotegidas y también las instituciones¹³⁷. Por lo tanto, es imperativo que trabajemos por contener a los profesionales, más cuando la gran mayoría de ellos trabaja en salud para ayudar a las personas, y cuando en esta intención han causado, sin desearlo, un daño. En la población en estudio, la ocurrencia de incidentes se asoció con la antigüedad laboral. Esto resulta un tanto paradójico, ya que se podría considerar que a mayor experiencia deberían existir menos posibilidades de participar de un EA. Sin embargo, no se debe olvidar que los profesionales de la salud están sujetos a EA por su condición humana, además de la complejidad del sistema de salud. Por lo tanto, reconocer esta realidad y trabajar sobre ella es parte de lo que se pretende con la cultura de seguridad⁵⁴. Al mismo tiempo, aunque las consecuencias parecieran ser menores en los profesionales con mayor experiencia de los estudios situados en China^{65,137}, los resultados de este estudio no demuestran lo mismo, ya que se encontró asociación entre la antigüedad y el puntaje del total del SVEST. Esta asociación puede estar explicada por las medidas de apoyo reportadas, en las que se mostró cómo los profesionales de mayor antigüedad percibieron mayor apoyo de supervisores y de la institución. Esto puede sugerir que la experiencia laboral ofrece el conocimiento de las redes de apoyo laborales efectivas, por lo que los profesionales recurren espontáneamente a ellas. Del mismo modo, Yan *et al.* encontraron que los profesionales más jóvenes percibieron mayor apoyo del ámbito extra laboral y, por el contrario, las SVs con más experiencia profesional fueron más propensas a seguir adelante y generar un cambio en el entorno laboral¹³⁷. Contrariamente, en Chile no se encontró asociación entre la edad y las dimensiones del SVEST entre los participantes del estudio⁵⁴.

En relación a la profesión, en primer lugar, se puede mencionar que los enfermeros parecieran percibir mayores consecuencias psicológicas y físicas. Esto mismo ocurrió en

otros estudios^{18,46,54} pero no se estudió en profundidad en otras investigaciones. Por lo que la esta distinción requiere mayor profundización con futuros estudios. Aún así, conviene resaltar que, independientemente de la profesión, las consecuencias psicológicas predominan en los grupos profesionales, por lo que trabajar sobre todo el equipo de salud parece ser una forma adecuada de velar por la seguridad del paciente.

9.2.3 Limitaciones fase cuantitativa

Este estudio no está exento de limitaciones.

En primer lugar, el sesgo de memoria inherente al fenómeno representa un aspecto fundamental. Puede ocurrir que los profesionales que estuvieron involucrados en un EA puedan no recordarlo o no haberlo detectado, más aún cuando no hay daño visible. Además, en caso de recordarlo pueden omitir sin intención algunas vivencias experimentadas. También, es posible que los participantes no recuerden con exactitud las consecuencias que se desencadenaron.

En segundo término, este estudio se desarrolló en instituciones de alta complejidad que cuentan con un sistema de reporte de EA. Ello supone una cierta cultura de seguridad de paciente, pero no se puede afirmar que los datos pueden extrapolarse a profesionales que se desempeñan en centros de primer nivel de atención, como los centros de atención primaria. Futuros estudios podrán evaluar el A-SVEST en profesionales de atención primaria o domiciliaria.

En tercer lugar, el SVEST no evalúa la gravedad del incidente o suceso, si este causó o no daños, lesiones leves o consecuencias graves y muerte, lo que puede tener un impacto en la experiencia de la SV y en las medidas de apoyo necesarias. Algunos de los estudios sobre el SVEST en China incluyeron la clasificación de los sucesos adversos²⁹, aunque

se podría realizar un análisis más detallado para evaluar la relación entre la gravedad del suceso y su impacto.

Además, podrá considerarse reformular semánticamente el ítem culpa, sin sacarlo del cuestionario a fin de evaluar si mejora la consistencia interna de la dimensión apoyo del supervisor.

En cuarto lugar, las asociaciones entre cada una de las dimensiones reportadas (consecuencias, soporte y resultados) provienen del mismo instrumento. Aunque estas correlaciones permiten explorar patrones internos del fenómeno, forman parte de un mismo marco conceptual y comparten un origen psicométrico común, por lo que es posible que parte de las asociaciones observadas reflejen la estructura multidimensional del instrumento. En consecuencia, las asociaciones entre las dimensiones deben interpretarse con cautela. Futuros estudios deben analizar la asociación del fenómeno de SV evaluado por el SVEST con otros instrumentos que evalúen los constructos de manera independiente como por ej, Burnout, depresión o estrés postraumático.

Finalmente, en quinto lugar, las comparaciones entre profesiones deben interpretarse con cautela, ya que los grupos analizados no fueron equivalentes en tamaño. Este desbalance puede influir en la detección de diferencias estadísticas y limitar la comparabilidad entre ambos grupos.

Aún así, el estudio contribuye a comprender la experiencia de las SVs en Argentina.

9.2.4 Conclusiones fase cuantitativa

El A-SVEST es una herramienta válida y fiable para conocer el impacto y apoyo percibido por los profesionales y las consecuencias organizacionales de las SVs en Argentina.

Los profesionales perciben falta de apoyo principalmente en el ámbito laboral (colegas, supervisores e institución). Además, presentan consecuencias psicológicas, cuestionándose sus habilidades profesionales. En menor medida también manifiestan deseos de abandono de la profesión. Las medidas de soporte más utilizadas se encuentran fuera del ámbito laboral, lo que muestra la importancia de establecer programas de contención en las SVs, en consonancia con el plan de acción mundial de seguridad del paciente propuesto por la OMS¹³⁸, así como capacitar al personal sobre el fenómeno. Futuros estudios podrán incluir intervenciones y evaluar si éstas minimizan el impacto de la SVs y contribuyen a generar instituciones más seguras

9.3 Exploración profunda de la vivencia: hallazgos del estudio fenomenológico

Las respuestas de las SVs son vividas en un proceso único, caracterizado por vivencias que reflejan la experiencia dinámica que atraviesan. No se trata de etapas delimitadas y ordenadas. Por el contrario, se expresan con un ir y venir de las SVs en el que van hallando una forma distinta de vivir la experiencia. Algunas de estas vivencias constituyen además estrategias de afrontamiento que les permiten reducir el impacto emocional y/o encontrar soluciones al problema al que se enfrentan.

9.3.1 La experiencia de ser segunda víctima: una vivencia dinámica

Los profesionales que participan en una EA viven un momento crucial en sus vidas. La vivencia no se manifiesta como un episodio aislado, sino como proceso dinámico, influenciado por el entorno. Este proceso involucra recibir las consecuencias de los hechos, transitar la experiencia y provocar transformaciones profundas en la identidad

profesional y personal. Constituye un punto de inflexión que marca un antes y un después en la trayectoria profesional.

El proceso consta de diferentes etapas por las que pasan los profesionales. Este recorrido es único y personal, ya que cada participante puede experimentar diversas formas de vivir cada etapa en términos de intensidad y orden en que se producen los diferentes estados. Del mismo modo, Schiess *et al.*, proponen un modelo con enfoque transaccional, reconociendo una experiencia dinámica, recíproca y situada en la interacción entre el individuo y el contexto, especialmente la cultura de seguridad institucional¹⁰². En un contexto cultural, social y laboral diferente, Scott *et al.* identificaron estadios en la recuperación de las SVs⁴⁴. Aunque las etapas encontradas en este estudio no son idénticas a las presentadas por Scott, se pueden identificar características comunes.

El núcleo temático transitar la experiencia integra el proceso en el que se ven inmersos. Este se experimenta de forma abrupta, desorganizadora y profundamente emocional, en línea con lo reportado en investigaciones previas que describen este momento como un quiebre en la percepción de competencia profesional^{6,44,102}. Tres etapas son las que marcan que las SVs se encuentran transitando la experiencia: recibir el impacto, transición y transformación.

A medida que reciben el impacto, emerge como una ruptura de la cotidianidad, un quiebre de la continuidad del mundo vivido. Se trata de un momento en el que el cuerpo, las emociones, los pensamientos y la identidad profesional se ven simultáneamente sacudidos. Manifiestan una tormenta emocional que refleja no solo la conciencia de la gravedad del suceso, sino el caos emocional que atraviesan. Precisamente, porque la experiencia del fenómeno y su impacto son tan profundos, no pueden identificar una sola emoción, sino más bien una mezcla de ellas, y estas emociones son a veces contradictorias. Del mismo modo, Scott propone el caos emocional⁴⁴ como primera etapa,

en la que los profesionales intentan reflexionar sobre lo ocurrido. Además, en consonancia con otros estudios^{6,59,98}, los profesionales mostraron una profunda culpa, se sienten traidores de la confianza que el paciente había depositado en su atención¹⁰², expresando el compromiso y la responsabilidad profesionales que tienen como profesionales de la salud. Así, el sufrimiento aparece no solo por el EA cometido, sino por haber fallado en el vínculo con el otro vulnerable. Los sentimientos negativos, como la culpa y el miedo, conducen a la estigmatización que experimentan los profesionales. Es importante tener en cuenta que este estigma se origina en el entorno laboral (compañeros, supervisores, etc.), pero también es probable que provenga de las propias SV. Es decir, sienten el peso del EA y es muy posible que sigan reprochándose, independientemente de la reacción de su entorno. En estos casos, las actitudes de los compañeros de trabajo cobran aún más importancia a la hora de mitigar la estigmatización y fomentar un entorno psicológicamente seguro para los profesionales^{104,139}. La soledad que experimentan los profesionales está estrechamente relacionada con la falta de comprensión o la estigmatización que experimentan, especialmente del entorno laboral. De manera consistente, varios estudios revelaron falta de empatía y comprensión hacia las SVs^{8,98,139}. En un estudio cuantitativo de Bass *et al.* argumentaron que la mayoría de los profesionales informaron no haber recibido formación en estrategias emocionales para apoyar a sus compañeros. Sin embargo, estos mismos participantes habían buscado apoyo de sus colegas cuando se vieron involucrados en un EA⁸. En este contexto, la experiencia de soledad puede intensificarse por la expectativa de una mayor empatía y apoyo por parte de personas que han experimentado adversidades similares. Por lo tanto, es necesario capacitar a los profesionales para que brinden primeros auxilios emocionales. Sin duda, la implementación de estos programas de capacitación contribuye a crear entornos de trabajo psicológicamente seguros^{139,140}.

Durante la transición, los profesionales parecen moverse en una zona de ambigüedad, donde coexisten el silencio, la reflexión, el rumeo y la disociación que les permite continuar trabajando. Esta etapa coincide con lo que Scott *et al.* denominan pensamientos reflexivos, en la que el profesional aún se encuentra atrapado en la experiencia⁴⁴. Sin embargo, desde un enfoque fenomenológico, más que una fase lineal, puede entenderse como un modo de presencia suspendida, donde el cuerpo y la mente buscan protegerse. Las pausas profesionales y la rumiación marcan esta etapa, en la que los profesionales parecen necesitar un espacio de reflexión para comprender y analizar lo sucedido. En estas transiciones parece que, una vez superado el impacto inicial, las SVs buscan consciente o inconscientemente estrategias para afrontar el evento. En este sentido, en muchas situaciones, las exigencias laborales y los breves momentos de atención para responder a imperativos económicos, entre otros, chocan con esta necesidad de los profesionales y, en consecuencia, con la seguridad del paciente. Por el contrario, cuando las organizaciones promueven intervenciones que velan por la seguridad psicológica de sus trabajadores, como espacios de *debriefing*^{16,141}, estas tienen un impacto significativo en las SVs¹⁴².

La transformación, por su parte, no implica necesariamente que el impacto terminó, sino una evolución del dolor vivido como parte constitutiva de una identidad profesional más consciente y empática. Las narrativas muestran cómo el sufrimiento se resignifica en prácticas reparadoras, que se alinea con estudios que sugieren que algunos profesionales logran convertir la experiencia como SV en una oportunidad de crecimiento moral y profesional^{7,33}. El proceso de aprendizaje y el deseo de ofrecer recomendaciones (en la práctica clínica para prevenir futuros EA o para colegas que atraviesan la misma situación) indican que las SVs están tomando medidas. Ahora, pueden servir de referencia al hacer recomendaciones sobre cómo manejar las SVs. Este hallazgo es similar al de

Scott *et al.*, quienes, en su etapa final⁴⁴, encontraron que las SVs tenían tres posibles resultados finales. Uno de ellos fue capaz de dar un nuevo significado a la experiencia⁴⁴.

Además, el aprendizaje es una intervención que contribuye a crear un entorno psicológicamente seguro¹⁴¹ y facilita la recuperación de las SVs⁴⁴.

El segundo núcleo, el entorno, se revela como una condición del modo en que se vive y resignifica la experiencia. En este estudio, el entorno se manifiesta como un escenario afectivo, simbólico y ético, que puede actuar como sostén o como amenaza, como espacio de refugio o de exclusión. Lejos de una visión neutral o técnica del contexto sanitario, los hallazgos evidencian que los gestos, las palabras, los silencios y las omisiones de quienes integran ese entorno (colegas, jefes, estructuras organizacionales, vínculos familiares y la cultura institucional que lo compone) son vividos con una intensidad tal que pueden transformar el sufrimiento en posibilidad de elaboración o en dolor crónico y paralizante. Cuando los compañeros de trabajo o los supervisores no brindan apoyo a los profesionales, es más difícil sobrellevar la situación. Como resultado, la comunicación y el trabajo en equipo se rompen¹⁰⁴, se profundiza la soledad, y causa mayor culpa. La cultura institucional, especialmente aquella que habilita el diálogo, la empatía y el aprendizaje del EA, aparece como facilitadora de procesos reparadores¹⁰². A su vez, el entorno extra laboral, con su carga afectiva y comprensiva, opera como refugio emocional y amortiguador de la herida profesional¹⁰². Para Sheiss *et al.*, en culturas institucionales abiertas, con enfoque en el aprendizaje y la contención, el sufrimiento del profesional se mitiga. En cambio, una cultura punitiva intensifica el trauma emocional y deteriora la identidad profesional¹⁰². En el trabajo realizado por Quillivan *et al.* encontraron que la respuesta no punitiva al EA se asoció con menor impacto psicológico, físico y de habilidades profesionales de las SVs⁸⁸. Las medidas de soporte provienen también de los colegas o supervisores en el ámbito laboral. El apoyo de colegas resulta particularmente

significativo, no solo por la cercanía física en el momento del EA, sino porque ellos encarnan el testimonio compartido del cuidado. El reconocimiento entre pares permite suspender el juicio y habilitar la comprensión, produce un efecto de desestigmatización, al saberse parte de una comunidad que también puede fallar, pero que no renuncia a cuidar. En cambio, la ausencia de apoyo de supervisores profundiza la herida. El silencio, la frialdad o el trato punitivo de los jefes inmediatos son vividos como formas de abandono simbólico. En vez de habilitar la palabra o contener emocionalmente, su accionar reafirma la lógica del señalamiento. Este tipo de respuesta refuerza la vivencia de culpa. En consecuencia, carecen de confianza, evitan el diálogo y se abstienen de expresar sus opiniones, creándose el círculo vicioso de seguridad^{95,143}. Por el contrario, esperan que sus superiores inmediatos demuestren humanidad, comprensión y apoyo. Esta ruptura en la comunicación y el trabajo en equipo conduce a una pérdida de entornos seguros para los pacientes y profesionales^{104,143,144}. En coherencia con varios autores, la presencia o ausencia de apoyo por parte de colegas, jefes y la organización en su conjunto, constituye una diferencia crucial^{33,55,69,102} entre una experiencia que se cronifica como sufrimiento y una que puede ser elaborada con sentido. En la misma línea, el apoyo de colegas, supervisores e instituciones actuó como mediador entre la cultura no punitiva y malestar de las SVs en el estudio de Quillivan *et al.*⁸⁸. Por esta razón, crear entornos psicológicamente seguros, a través de la capacitación a los profesionales en la atención de las SVs, como sus propios compañeros o subordinados, constituye un aspecto clave que marcará la forma de vivir la experiencia. Por último, el entorno está marcado por la inclinación a buscar ayuda en la familia o los círculos sociales, que subraya la aspiración de las SVs de evitar el juicio y encontrar consuelo en entornos caracterizados por vínculos interpersonales más fuertes. Esta tendencia puede deberse a la profunda incertidumbre que genera la experiencia, lo que lleva a los profesionales a buscar refugio en entornos

que les recuerdan la normalidad. Además, esto subraya la importancia primordial del apoyo emocional, como lo demuestra la expresión espontánea de este tema por parte de la mayoría de los participantes, sin preguntas directas sobre este aspecto.

Finalmente, el tercer núcleo, el punto de inflexión, pone en evidencia la radicalidad de la experiencia: no se trata solo de un evento perturbador, sino de una transformación identitaria. Las metáforas empleadas por los participantes (terremoto, tsunami, proscripción) no son simples recursos narrativos, sino expresiones fenomenológicas que dan forma a una vivencia que conmueve el fundamento mismo del ser profesional. Este momento marca un umbral existencial desde donde algunos reconstruyen su modo de cuidar con mayor humanidad, mientras que otros quedan suspendidos en la herida. En esta misma línea, Scott *et al.* menciona como una de las etapas la integración profesional que, sin mencionarlo, deja ver como la identidad fue dañada⁴⁴.

En conclusión, las SVs pasan por un proceso tras un EA que está influenciado por el entorno laboral. Esta experiencia representa un punto de inflexión no solo en su vida profesional, sino también en su vida personal.

9.3.2 Estrategias de afrontamiento: reconstruyendo sentido desde el dolor

El afrontamiento de los profesionales se manifiesta como una forma compleja, profunda y singular de habitar el después. Lejos de constituir respuestas meramente funcionales o conscientes, las estrategias identificadas se entretajan con el modo en que las SVs reorganizan subjetivamente su mundo. Así, reconocen estrategias de afrontamiento que les permiten regular las emociones y al mismo tiempo buscan hacer frente a la situación con acciones que pretenden resolver el problema.

Pero son las de estrategias emocionalmente protectoras (como el bloqueo, la necesidad de ser protagonistas del mensaje o la pausa laboral, entre otras) con mecanismos más

activos (como el aprendizaje y la enseñanza), coexisten en el modo de habitar el después. Esta coexistencia sugiere que el afrontamiento no puede entenderse como un proceso lineal o dicotómico, sino como una oscilación entre la necesidad de sostener el mundo interior dañado y el intento de reconfigurar el mundo externo. En este sentido, el afrontamiento aparece como un movimiento pendular, cargado de tensiones, retrocesos y avances, que requiere de tiempo, espacios y vínculos para desplegarse. En consecuencia, son parte del proceso dinámico que experimentan las SVs.

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción no solo buscan aliviar el dolor inmediato, sino que representan actos de supervivencia frente a la desfiguración identitaria que impone el evento. La necesidad de hablar, de ser el protagonista del relato, de compartir con quienes vivieron experiencias similares, aparece como un intento de reparar simbólicamente la ruptura, preservar la dignidad y reconstruir un sentido de sí. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Scott *et al.* y Edrees *et al.* quienes destacan el rol terapéutico del relato compartido y la importancia del apoyo entre pares como forma de contención emocional^{90,94}.

Entre las que se destacan, se encuentra el deseo de conversar con otros, en el que los participantes dejan ver la necesidad de contención, especialmente cuando buscan compartir los sucesos con los familiares o amigos más cercanos. Además, en la conversación con colegas, intentaron confrontar con sus pares, en este caso para conocer si éstos habían vivido situaciones similares⁶¹, o conocer su opinión sobre la situación y las decisiones tomadas. Diversos estudios encontraron que la interacción con colegas e incluso con los supervisores para discutir los efectos del EA estaba asociada con un mejor afrontamiento³ y era de las estrategias más utilizadas^{5,25,68,73}. Sin embargo, Magaldi *et al.*, encontró que, la mayoría de los profesionales que vivenciaron la participación de un colega en un EA, no se sintieron útiles para apoyarlos y no supieron manejar la

situación⁹⁸. Al mismo tiempo otros estudios encontraron que uno de los requerimientos que presentaron las SVs era la necesidad de capacitación en estrategias de afrontamiento^{8,81,145} que son necesarias para sí mismos, pero también para acompañar a otros. Por lo tanto, es urgente la necesidad de contar con profesionales de salud que dispongan de actitudes y conocimiento sobre contención a los pares, más aún cuando, según la evidencia, el apoyo de los colegas fue insuficiente o perjudicial en algunas situaciones⁶⁸.

Otra manifestación de la necesidad de conversar sobre lo ocurrido se expresa cuando los profesionales buscan ser protagonistas del mensaje. A través del deseo de explicar ellos mismos qué es lo que ocurrió y por qué, quieren evitar la estigmatización a la que se ven expuestos, recuperar el prestigio profesional^{25,44} y buscan un apoyo del entorno. En este caso, si bien la discusión abierta e incluso el *debriefing* es una estrategia de afrontamiento saludable reconocida en la literatura, algunos profesionales se muestran temerosos de ello por la pérdida de su reputación⁶⁸.

Al contar ellos mismos lo ocurrido, también asumen la responsabilidad del evento que constituye también otra forma de afrontamiento que aparece de forma recurrente también en otros estudios^{25,26}. Seys agrega que, al aceptar la responsabilidad del EA, los profesionales generan propuesta de cambios en la práctica⁵. Es de destacar que Nydoo *et al.* encontraron que la negación de la responsabilidad personal en el evento era vista como un afrontamiento poco saludable³. También, la decisión de asumir la responsabilidad o permanecer junto al paciente, lejos de constituir un indicador de culpa o fallas individuales, emerge como una expresión de compromiso ético y profesional. Estas respuestas reflejan, no solo el compromiso moral, sino que quienes sufren daño moral tienen más probabilidades de sufrir consecuencias que experimentan las SVs¹¹⁵.

Asimismo, como consecuencia de la responsabilidad asumida, los profesionales muestran un compromiso con la enseñanza, que representa una estrategia de afrontamiento positiva. En esa enseñanza expresan deseos de generar cambios en los procesos de atención^{25,26,44,61} y puede reflejar los deseos de prosperar que propone Scott como última etapa de la recuperación de las SVs⁴⁴. Otros autores encuentran que existe una relación entre las estrategias de afrontamiento y los cambios constructivos propuestos en la práctica^{5,26}.

La búsqueda de una salida alternativa y la pausa profesional constituyen estrategias de afrontamiento que reflejan la conveniencia de que los profesionales busquen espacios para ocuparse de otras tareas y afrontar las emociones⁶¹. Cuando estas estrategias van acompañadas de un aprendizaje y de recomendaciones, parecen también brindar al profesional un espacio en el que, de a poco, puede retomar su vida profesional e incluso personal. En este sentido, es importante que el contexto laboral comprenda esta necesidad y pueda dar respuesta a ello.

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema no se limitan a respuestas técnicas, sino que constituyen una orientación hacia la reconstrucción activa del sentido y la transformación de la experiencia en aprendizaje. Las SVs intentan resignificar lo vivido para crecer como profesionales, transmitir lo aprendido y prevenir que otros repitan sus errores. Esta dimensión transformadora del afrontamiento ha sido señalada por Quillivan *et al.* quienes proponen que, bajo determinadas condiciones de contención institucional, los EA pueden constituirse en oportunidades de desarrollo profesional y humano⁸⁸. En este estudio, ese tránsito hacia el aprendizaje se da de manera individual, en ausencia de dispositivos formales de apoyo, lo que refuerza la necesidad de pensar estrategias organizacionales.

El rumeo y la disociación son estrategias focalizadas en la resolución del problema, que, de mantenerse en el tiempo, pueden amenazar el desempeño profesional. En un primer

momento la disociación les permite seguir desempeñando sus tareas, pero por otro lado se corre el peligro de que si ésta perdura en el tiempo los profesionales actúen de forma mecánica²⁶, deshumanizada, lo que atenta no solo a la recuperación del profesional sino también a la falta de empatía, comprensión y trato humanizado hacia el paciente. Al mismo tiempo el rumeo, cuando aparece como pensamientos invasivos, que no dejan concentrarse en la tarea, pueden detener o encerrar al profesional en el momento temporal en que sucedió el evento, dificultando su recuperación. Efectivamente de acuerdo a Scott los pensamientos intrusivos se presentan a veces con periodos de aislamiento en los que las SVs reevalúan la situación de forma repetida y se preguntan ¿qué hubiera pasado si?⁴⁴. Por ello es importante estar atentos a que estos rumeos disminuyan en el tiempo o permitan al profesional, con ayuda, hacer un análisis de lo sucedido en vistas a construir perspectivas de aprendizaje. En este sentido, el entorno laboral a través del acompañamiento de los colegas y supervisores constituye una herramienta importante para colaborar en el afrontamiento efectivo.

La creación de una perspectiva de aprendizaje resulta una estrategia central en la recuperación del EA. Este proceso no solo permitió a las SVs sostenerse profesionalmente, sino también reafirmar su compromiso con el cuidado, incorporar cambios técnicos y desarrollar una actitud más reflexiva. Esta posibilitará tomar a su vez medidas de prevención y colaborará al crecimiento profesional e institucional²⁵. La resiliencia personal se encuentra íntimamente relacionada con una perspectiva de aprendizaje⁹⁹. El profesional debe ser capaz de adaptarse y aprender tanto de sus aciertos como de sus errores para así poder salir fortalecido luego de un EA y mitigar el impacto que este tiene sobre él^{58,146}.

La estrategia de asumir un rol activo con la enseñanza frente a colegas también emergió en este estudio como una forma de afrontar la experiencia desde la acción. Los

participantes que decidieron compartir lo vivido con otros, no solo como testimonio, sino como advertencia, enseñanza o guía, transformaron su vivencia en responsabilidad ética hacia el equipo. Esto contribuye a un afrontamiento positivo^{27,61} y facilita la recuperación de las SVs.

Asimismo, la búsqueda de soporte profesional, jurídico, psicológico o institucional, surge como una estrategia orientada a contener la incertidumbre, anticipar consecuencias y tomar decisiones informadas. Este recurso también ha sido identificado en investigaciones recientes como un factor protector^{25,26}. Por ejemplo, la oportunidad de recibir orientación profesional y sugerencias para el trabajo a futuro, fue la forma de apoyo más alta en las enfermeras que participaron de un estudio en China³². Esto les permite a las SVs recuperar la percepción de control sobre la situación y reducir el sentimiento de indefensión.

9.3.3 Limitaciones de la fase cualitativa

Este estudio tiene algunas limitaciones.

En primer lugar, la generalización de los resultados puede verse limitada por el contexto específico en el que se llevó a cabo el estudio. Además, aunque se hizo un esfuerzo por realizar entrevistas exhaustivas, es posible que los participantes hayan ocultado u olvidado algunas de sus experiencias.

En segundo lugar, el sesgo de memoria que pudieran tener los participantes por el tiempo transcurrido, por la estrategia de afrontamiento que alguno de ellos pudiera haber presentado durante la entrevista.

A pesar de estas limitaciones, este estudio proporciona una comprensión integral de las experiencias de las SVs en el contexto cultural local.

9.3.4 Conclusión

En conclusión, la experiencia de SV se manifiesta como un proceso profundo, dinámico y singular, que no sigue un curso lineal, sino que se configura en una oscilación constante. Los hallazgos de este estudio revelan que las SVs transitan un recorrido marcado por el quiebre de la continuidad del mundo vivido. Reciben el impacto, transitan la experiencia y la transforman. De este modo la identidad profesional se ve profundamente interpelada, y la presencia o ausencia de apoyo del entorno laboral, especialmente de colegas, jefes y estructuras organizacionales, emerge como un factor decisivo en la posibilidad de elaborar la experiencia. Este proceso, profundamente influido por la cultura institucional y los vínculos afectivos significativos, redefine no solo la relación con el EA, sino también el modo de ser y estar en la práctica profesional.

En este trayecto, los profesionales despliegan estrategias de afrontamiento tanto centradas en las emociones como en la resolución del problema, que coexisten y se alternan, permitiendo sostenerse en el dolor, reorganizarse y, en algunos casos, transformar la vivencia en oportunidad de aprendizaje y crecimiento. Así, el afrontamiento no se reduce a una herramienta funcional, sino que se convierte en una forma de habitar el después del evento, de reconstruir sentido y de recuperar, parcial o profundamente, el compromiso ético con el cuidado.

9.4 Integración de hallazgos cuantitativos y cualitativos: una mirada holística sobre las segundas víctimas

La integración de los hallazgos de las fases cuantitativas y cualitativas del estudio mixto permite comprender la experiencia de SV, como un fenómeno multidimensional que combina consecuencias medibles y vivencias profundamente subjetivas. La validación y

aplicación del SVEST demostraron que el instrumento presenta una estructura factorial sólida y una fiabilidad adecuada para captar dimensiones clave de la experiencia SV, como el impacto psicológico, físico y profesional, así como las percepciones de apoyo de colegas, supervisores, institucional y del entorno extra laboral.

Los hallazgos convergen en destacar que el impacto psicológico es la consecuencia más significativa y persistente para los profesionales que se convierten en SV. Entre ellos, la culpa y la tristeza fueron las más reportadas, seguidas de miedo y vergüenza. Estos valores cuantitativos reflejan la intensidad de la afectación emocional, ubicándola por encima de otras dimensiones como el impacto físico o el cuestionamiento de habilidades profesionales y coinciden con hallazgos previos^{4,6,48,55}. Sin embargo, es en la fase cualitativa donde se muestra en mayor profundidad y complejidad el impacto emocional.

Los relatos revelan que la culpa no es una emoción aislada, sino que se entreteje con sentimientos de estigmatización, soledad y miedo persistente. La narrativa de los participantes muestra cómo la culpa se manifiesta tanto hacia el paciente como hacia el equipo de trabajo, reforzando la auto exigencia profesional y el sentimiento de haber traicionado la confianza de otros. En concordancia con ello, otros autores señalaron también el daño moral de las SVs^{115,147}. Además, la vivencia de vergüenza y miedo no se limita al error inicial, sino que se reactualiza en la práctica cotidiana, condicionando la confianza en las propias capacidades y alimentando la inseguridad profesional. Esto se vio reflejado tanto en la asociación estadística entre el impacto psicológico y las habilidades profesionales, como cuando las SVs expresaron la necesidad de una pausa profesional como una necesidad de rearmarse también en el desempeño de su tarea. En coincidencia con Scott *et al.* que reporta la aparición de pensamientos reflexivos como uno de los estadios de las SVs⁴⁴. Busch *et al.* agregan que la ansiedad y el miedo generan conductas excesivamente controladoras, reduciendo la eficiencia de los profesionales e

incrementando la probabilidad de estar involucrados en un EAs⁶. Por lo tanto, el impacto emocional no se da aislado, sino que representa la punta del *iceberg* de las consecuencias del EA en los profesionales.

Además, el análisis estadístico mostró que cuanto mayor es el daño psicológico, menor resulta el apoyo percibido, especialmente de colegas y de la institución. Esto sugiere que la ausencia de apoyo efectivo amplifica y prolonga la carga emocional, afectando la estabilidad laboral y los resultados organizacionales, en línea con otros estudios^{81,92,93,104}.

La fase cualitativa profundiza este vínculo mostrando cómo el entorno condiciona la respuesta emocional. Los relatos describen cómo la falta de comprensión por colegas y jefes y la estigmatización del entorno laboral intensifican sentimientos de culpa, miedo y vergüenza. La soledad se impone cuando la comprensión no llega, incluso de quienes atravesaron situaciones similares. La ausencia de espacios seguros para expresar lo ocurrido genera rumiación y bloqueos emocionales que si se prolongan pueden transformarse en una respuesta adaptativa negativa para los profesionales²⁶, además de profundizar la inseguridad profesional que experimentan. En este sentido, el entorno actúa como factor modulador condicionando la respuesta de las SVs. De acuerdo con otros autores, un entorno punitivo o indiferente refuerza la herida emocional, mientras que un clima de apoyo psicológico y respeto puede facilitar la re-significación del evento^{6,48,55,96}.

También la asociación estadística se dio entre las consecuencias psicológicas de los profesionales y las dimensiones que representan resultados organizacionales, como el deseo de ausentismo e intención de abandono profesional. Y este dato se complementa en la fase cualitativa con la riqueza del relato. Términos como la “proscripción institucional”, o la necesidad de una pausa profesional dejan ver como los profesionales necesitan tomar distancia, ausentarse, retirarse o incluso desempeñar tareas más simples,

impactando en la organización sanitaria. En este sentido, Burlison *et al.*, encontraron que la angustia psicológica se asoció con un mayor ausentismo y la intención de abandonar profesional, poniendo en riesgo la retención del personal. Sin embargo, el apoyo del entorno laboral medió la relación entre la angustia y la intención de abandono y ausentismo; por lo que el apoyo fue percibido adecuado puede reducir los efectos negativos en las dimensiones organizacionales⁹. Estos hallazgos subrayan la importancia de contar con estrategias de apoyo estructuradas para proteger la salud mental del personal y mitigar el impacto de estos eventos en los resultados laborales.

Así, la integración muestra que la magnitud del daño psicológico depende de cómo el entorno responde: colegas, supervisores y la cultura de seguridad definen si la experiencia se procesa como aprendizaje o se cronifica como trauma. De acuerdo con Busch *et al.*, la respuesta emocional de las SVs y la percepción de incompetencia están estrechamente vinculadas a la cultura de perfección que predomina en entornos sanitarios, reforzada por normas punitivas y expectativas de los propios profesionales⁶. Esta dinámica evidencia la necesidad de transitar hacia una “cultura justa”, que equilibre la identificación de EAs con la responsabilidad individual, favoreciendo un ambiente de aprendizaje y apoyo⁹⁵. Se puede considerar también las expectativas de los pacientes. En términos generales, los pacientes esperan un trato humanizado que los ponga a ellos como personas por delante de la técnica. Sin embargo, exigen perfeccionismo en resultados de prácticas de atención. Esta paradoja actúa como un círculo contradictorio que pone a los profesionales en mayor exigencia por parte del sistema. Además, de acuerdo con diversos autores, persisten actitudes de culpabilización y autocrítica excesiva, especialmente por la preocupación ante la reacción de colegas y supervisores, lo que subraya el desafío de situar la seguridad psicológica como eje de la gestión de atención segura^{6,95}.

Las consecuencias también se manifiestan en el cuestionamiento de las habilidades profesionales. Los aportes cuantitativos, muestran que los participantes presentaron puntuaciones moderadamente altas, reflejando que se sintieron inseguros para seguir trabajando. La fase fenomenológica profundiza y da vida a este dato. Los relatos muestran cómo la inseguridad profesional se experimenta como un quiebre de la identidad profesional. Tras el evento, los participantes describieron bloqueos mentales, temblores en manos, incapacidad para concentrarse y miedo paralizante al retomar tareas complejas. Expresiones como “sentí que se acabó mi vida profesional” o “me quedaba atrapada pensando, no podía actuar” revelan cómo la autoconfianza se resquebraja.

Además, al igual que con el impacto psicológico, se presentaron asociaciones directas con indicadores de abandono profesional y ausentismo. Estos datos cuantitativos confirman que el daño percibido en la autoeficacia se relaciona con efectos organizacionales concretos como el deseo de dejar de atender pacientes o tomar licencias por estrés. Los datos cualitativos profundizan más y permiten entender que el miedo a equivocarse de nuevo se combina con el temor al juicio de colegas y supervisores, intensificando la percepción de ser incompetente. En algunos casos, la experiencia se vivió como una amenaza existencial a la trayectoria profesional, mientras que otros participantes reforzaron estrategias de afrontamiento para revalidar su trayectoria: “llevo muchos años haciendo esto” emergió como autoafirmación en respuesta al quiebre de su identidad profesional. Este quiebre les lleva a buscar una pausa profesional o a pensar que están transitando el final de su carrera. Ya no se sienten capaces de continuar con su tarea y comienzan a elaborar posibles caminos alternativos. En consecuencia, también se evidencia que el impacto en las habilidades profesionales no es solo individual, sino que tiene implicancias organizacionales y de seguridad del paciente. Por ello, es clave

desarrollar programas de apoyo estructurados que no solo brinden contención emocional, sino también estrategias de recuperación de la confianza profesional.

En conjunto, los hallazgos demuestran que las consecuencias de las SVs trascienden la esfera individual y repercuten directamente en la organización a través del ausentismo, la rotación. El entorno laboral, con su cultura, liderazgo y redes de apoyo, actúa como variable crítica: puede amplificar el impacto cuando es punitivo o indiferente, o bien mitigar la herida y facilitar la recuperación cuando ofrece contención emocional y oportunidades de revalidar la competencia profesional.

En cuanto a las medidas de soporte, la dimensión de apoyo de colegas fue la que presentó el promedio más bajo, entre el resto de los ámbitos de apoyo. Esto refuerza la idea de que muchos profesionales perciben escaso respaldo en su entorno más cercano. Una vez más, se destaca la relación negativa entre el entorno y el daño y mayor tendencia a indicadores de abandono y ausentismo. Los datos también confirman que el apoyo no relacionado con el trabajo (familiares y amigos) es percibido como la principal fuente de contención, lo que muestra una desconfianza o falta de espacios de seguridad psicológica dentro del entorno laboral. La fase fenomenológica complementa y profundiza estos hallazgos al describir cómo el entorno se experimenta como un escenario activo que puede sostener, amplificar o aliviar el impacto. En definitiva, el entorno condiciona la respuesta de las SVs. Estos resultados destacan la necesidad de fortalecer la cultura organizacional, implementar programas de apoyo estructurados y formar líderes clínicos capaces de crear entornos de confianza y respeto⁹⁸. La integración de ambas fases subraya que intervenir en el entorno no es opcional: es una estrategia clave para reducir el impacto de ser SV y garantizar la seguridad del paciente. En este sentido, los programas de atención de SV se caracterizan por involucrar todos los niveles de la organización: jefes y colegas interactúan para atender a las SVs^{89,94,96}.

Pero las SVs, no solo reciben el impacto, sino que muestran acciones que los llevan a afrontar la situación. Mientras que los datos cuantitativos evidencian que la estrategia más utilizada es la búsqueda de apoyo no relacionado con el trabajo, principalmente de familiares y amigos, la fase cualitativa detalla qué necesidades tienen las SVs cuando buscan apoyo en su entorno familiar o profesional. La tendencia a la búsqueda de apoyo en amigos y familiares, indica que muchos profesionales perciben limitaciones en la red de contención dentro de su entorno laboral inmediato, aunque perciben un cierto apoyo institucional. En este caso, los datos cualitativos aportan matices sobre el afrontamiento que lo presenta como algo dinámico y personal, reconociendo también que depende fuertemente de las condiciones del entorno. Los relatos destacan la importancia de hablar del suceso con colegas cercanos cuando existe confianza, como forma de alivio y contención emocional. Pero también lo hablan con los amigos y la familia, aunque estos no comprendan del todo el mensaje por ser ajenos al ámbito sanitario.

Del mismo modo, el afrontamiento les lleva en algunos casos, a resignificar el suceso como un momento de aprendizaje, especialmente cuando cuentan con supervisores o colegas que abren espacios de análisis, de comprensión y de mirada contenedora. Expresiones como “me hizo repensar mis prácticas” o “aprendí a ser más cuidadoso y a enseñar a otros” o “pensá para qué te pasó” muestran que, cuando se habilita la palabra y se promueve una cultura justa⁹⁵, la experiencia puede derivar en crecimiento profesional, se sienten comprometidos con la enseñanza a los colegas y asumen la responsabilidad del hecho. En consecuencia, se fortalece la seguridad del paciente^{26,60} y facilitan un afrontamiento. En consonancia con ello, Li *et al.*, encontraron que algunos participantes de su estudio, mostraron interés en obtener comprensión y confianza de sus líderes, al relatar el incidente, a partir del cual, esperaban encontrar las responsabilidades correspondientes y aprender del EA. Además, hallaron que las principales necesidades de

apoyo reportadas fueron determinar la causa del evento, desarrollar habilidades para afrontarlo y aumentar el conocimiento sobre el suceso⁶⁵. Por el contrario, la falta de espacios formales de *debriefing*^{81,104,139} y la cultura punitiva^{95,97} refuerzan la tendencia al silencio y la autoinculpción, lo que limita la efectividad de este afrontamiento y reduce el EA a una vivencia silenciada, limitando la posibilidad de mejora^{2,60,92}. Las acciones que promuevan una cultura justa incluyen implementar espacios de discusión, buscando el análisis causa raíz de EA y la mejora de procesos para evitar futuros EA, involucrando a las SVs. Además, promover redes formales de apoyo entre pares, que complementen el apoyo extra laboral y refuerce la confianza de las SVs en sus habilidades profesionales^{20,25,26}. En definitiva crear un entorno organizacional que fomente estrategias adaptativas, es clave para proteger la salud mental del personal, mantener la calidad de la atención y fortalecer la resiliencia del sistema sanitario²⁶.

Es de destacar que no se hallaron estrategias de afrontamiento relacionadas a la evitación o la negación, aunque también se reconoce que estas podrían haber sido silenciadas en las entrevistas. Sin embargo, de acuerdo con otros autores, las estrategias centradas en el problema y la gestión emocional, halladas en este estudio, reflejan el compromiso profesional y se manifiestan en asumir la responsabilidad del hecho siendo protagonistas del mensaje y mostrando una actitud de aprendizaje^{26,65,101}. También otros autores encontraron que las estrategias de evitación, como negar el evento o eludir situaciones, fueron poco frecuentes^{25,26}.

Finalmente, esta integración pone en tensión la noción tradicional de resiliencia entendida como capacidad individual, mostrando que las estrategias de afrontamiento más efectivas, como el aprendizaje, la enseñanza, la creación de nuevas prácticas o procesos o el acompañamiento entre pares, no surgen del sujeto aislado, sino de su posibilidad de encontrar reconocimiento y sostén en los otros y en la organización^{96,97}. Son una nueva

forma de habitar el evento. Así, la recuperación no es solo una cuestión de fuerza interna, sino también de condiciones externas. En definitiva, explorar el fenómeno de la SV requiere no solo medir su impacto y describir sus etapas, sino también interrogar el modo en que los entornos laborales, los vínculos profesionales y las culturas institucionales median la vivencia, su elaboración y sus consecuencias.

En síntesis, la integración de los hallazgos permitió comprender que la experiencia de SV trasciende lo individual y se configura como un fenómeno relacional, emocional y organizacional. El daño psicológico y el quiebre de la autoeficacia no solo afectan el bienestar del profesional, sino que comprometen la retención del personal y la seguridad del paciente. A su vez, el entorno laboral emerge como un actor determinante: su respuesta puede amplificar el sufrimiento o transformarlo en una oportunidad de aprendizaje. Entonces, la posibilidad de afrontamiento efectivo y re significación del evento no depende únicamente de la resiliencia individual, sino de la existencia de vínculos contenedores, culturas organizacionales justas y estrategias institucionales de apoyo. Por lo tanto, abordar el fenómeno, exige intervenciones estructurales que promuevan la seguridad psicológica, fortalezcan los equipos y construyan entornos capaces de cuidar a quienes cuidan.

9.5 Limitaciones

El diseño mixto secuencial permitió captar tanto la extensión del fenómeno como la profundidad de las vivencias, fortaleciendo la validez de los hallazgos. Sin embargo, presenta varias limitaciones que condicionan la generalización de sus hallazgos.

En primer lugar, la muestra provino exclusivamente de instituciones de alta complejidad de una sola ciudad, lo que impide extrapolar los resultados a otros niveles de atención o a contextos geográficos distintos. Además, la información se obtuvo mediante

cuestionarios auto-administrados y entrevistas retrospectivas, por lo que existe un sesgo de memoria: algunos profesionales pudieron no recordar el evento adverso con exactitud, omitir vivencias relevantes o, incluso, no haber detectado el EA si no hubo daño visible. A ello se suma la imposibilidad de verificar de manera independiente los datos reportados, lo que puede afectar la precisión de las asociaciones estadísticas observadas

En la fase cuantitativa, el A-SVEST no recoge la gravedad del incidente, variable que podría afectar la intensidad del impacto y las necesidades de apoyo. Del mismo modo, la naturaleza transversal del estudio cuantitativo no permite determinar la duración del impacto y el rol del tiempo en las consecuencias que experimentaron los profesionales.

En la fase cualitativa, la participación voluntaria y la naturaleza sensible del tema pudieron llevar a que ciertos relatos se silenciaron o minimizaran, limitando la profundización en experiencias especialmente traumáticas, o afrontamientos no reportados.

Estas restricciones subrayan la necesidad de investigaciones longitudinales, con muestras más diversas y métodos de verificación externa, que exploren la influencia de la gravedad del evento y evalúen la consistencia temporal de los hallazgos.

9.6 Implicancias para la práctica

Los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación permiten identificar implicancias concretas para la gestión institucional que trascienden el abordaje individual del fenómeno.

En primer lugar, los resultados sugieren incorporar protocolos institucionales que contemplen no sólo la atención a la primera víctima (el paciente), sino también al profesional involucrado en el EA. Diseñar circuitos de intervención que incluyan espacios de escucha, reuniones de análisis con enfoque no punitivo y acompañamiento voluntario,

permite desactivar dinámicas de culpabilización y consolidar una cultura organizacional sensible al daño emocional⁹⁷. Es fuerte la evidencia que muestra la relevancia de los programas de atención de las SVs. Su finalidad principal es brindar apoyo estructurado y oportuno que favorezca la recuperación del profesional afectado y, al mismo tiempo, sostenga la calidad y seguridad de la atención sanitaria. Los modelos pioneros, como el *ForYOU* de la Universidad de Missouri¹⁴⁸ y el *Resilience In Stressful Event*^{94,149} (RISE) del *Johns Hopkins Hospital*, coinciden en que la contención entre colegas constituye el eje central de la intervención. En ambos casos, la primera respuesta se organiza desde el equipo de trabajo inmediato, donde los colegas capacitados ofrecen apoyo emocional inicial y vigilancia ante signos de sufrimiento profesional. Este enfoque reconoce el valor del acompañamiento entre iguales, al considerar que quienes comparten la práctica clínica poseen una comprensión empática y contextual del evento. En niveles posteriores, los programas integran mecanismos de derivación hacia recursos institucionales especializados, como psicólogos, capellanes o trabajadores sociales, cuando el impacto emocional excede la capacidad de contención del entorno laboral^{94,149,150}. En conjunto, estas estrategias conforman sistemas escalonados de apoyo que priorizan la escucha activa, la empatía y la recuperación del profesional.

En segundo lugar, se evidencia la necesidad de implementar programas de capacitación para todo el personal de salud, incluyendo jefes de servicio, supervisores, personal asistencial y de apoyo, con el fin de desarrollar habilidades para reconocer, contener y acompañar a una SV. Esta capacitación podrá incluir las acciones que deben tomar los profesionales ante un EA en su área de trabajo, incluyendo la atención del paciente y del profesional involucrado. La capacitación en primeros auxilios emocionales y en dinámicas de apoyo entre pares se vuelve indispensable para prevenir el aislamiento, mitigar el sufrimiento y fomentar entornos psicológicamente seguros y es la base de

varios programas estructurados de atención a las SVs, reportados en la bibliografía^{24,74,89,94,151}.

Por último, se reconoce la urgencia de promover una cultura justa que valore el aprendizaje ante el EA, suspenda el juicio automático y sitúe al profesional como sujeto vulnerable y merecedor de contención. En este sentido, las instituciones pueden incorporar indicadores vinculados a la seguridad psicológica^{104,140,152} en sus evaluaciones de calidad y gestión del riesgo clínico, además de abrir espacios formales para el diálogo abierto y empático.

Las intervenciones orientadas a estas tres dimensiones: capacitación, protocolos institucionales y transformación cultural, no solo ayudan a contener a las SVs, sino que contribuyen directamente al fortalecimiento de los equipos de salud, la mejora continua y la seguridad del paciente.

Finalmente conviene resaltar que Argentina se encuentra en un momento propicio para implementar acciones de atención a las SVs. En octubre del 2025, se promulgó la Ley Nicolas: ley de Calidad y Seguridad Sanitaria (Ley 27797)¹⁵³. Se trata de la primera legislación nacional en materia de seguridad que busca la transformación de las pautas culturales sanitarias y la mejora de las condiciones de la práctica, fomentando la prevención y reducción de daños prevenibles. En este contexto, la presente tesis brinda evidencia sobre la experiencia de las SVs en Argentina que podrá ser de utilidad para la implementación de dicha legislación.

9.7 Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta tesis permiten obtener las siguientes conclusiones:

1. El SVEST en su versión local presenta una equivalencia conceptual y semántica del SVEST para el contexto argentino; la escala resultante (A-SVEST) se comprendió sin dificultades por los profesionales de salud.
2. El A-SVEST mostró fiabilidad global adecuada; las dimensiones autoeficacia profesional y apoyo extra laboral fueron las más consistentes, mientras que apoyo de colegas requirió ajustes. La validez de constructo agrupó en 8 dimensiones.
3. El análisis confirmatorio corroboró la estructura original de 9 dimensiones, superando al modelo alternativo de 8 factores.
4. El daño psicológico (culpa, tristeza, miedo, vergüenza) fue la consecuencia que más predominó, superando al impacto físico y al cuestionamiento de habilidades profesionales.
5. El apoyo lo recibieron principalmente de familiares y amigos; en menor medida percibieron respaldo institucional. En entorno laboral más cercano (colegas y supervisores) constituyó el soporte menor percibido.
6. Las SVs que presentaron mayores consecuencias (psicológicas, físicas y profesionales) percibieron menor apoyo del entorno laboral y mayor deseo de ausentismo y abandono profesional.
7. Todos los profesionales reportaron consecuencias y haber recibido apoyo. Los enfermeros presentaron mayores consecuencias psicológicas y físicas y menor apoyo de colegas que los médicos.
8. Los profesionales de mayor antigüedad percibieron mayor apoyo institucional y de supervisores.
9. La experiencia de las SVs se configura como un proceso dinámico y secuencial compuesto por tres momentos: recibir el impacto, transitarlo y transformarlo. En la etapa inicial, las profesionales experimentan una diversidad de respuestas

emocionales, junto con consecuencias físicas, sentimientos de dispersión, parálisis e inseguridad profesional. El momento de transición se vive como un puente entre el reconocimiento del impacto y la posibilidad de reconstrucción, caracterizado por conductas como la disociación, el rumiar lo ocurrido o la pausa profesional. Finalmente, la etapa de transformación representa la posibilidad de resignificar la experiencia, a través del aprendizaje, el deseo de convertirse en referentes para otros colegas y las recomendaciones que emergen desde su vivencia para acompañar a quienes atraviesan situaciones similares.

10. El entorno opera como modulador condicionando la respuesta de las SVs. Constituido por el apoyo de colegas, supervisores y una cultura institucional muestra que la falta de comprensión o de empatía, así como el silencio o la cultura punitiva remarcan el sufrimiento, mientras que un clima de apoyo psicológico facilita la re significación del evento.
11. Las SVs utilizan estrategias de afrontamientos centradas en la gestión de sus emociones y del problema y estas también están influenciadas por el entorno.

En conjunto, el estudio demuestra que la experiencia de la SV es un fenómeno multidimensional donde las consecuencias emocionales y profesionales repercuten en la organización a través del ausentismo, la intención de abandono profesional y la disminución de la seguridad del paciente. Los datos cuantitativos y cualitativos coinciden en que el entorno laboral, especialmente el más cercano: colegas y supervisores, juega un papel crítico: puede amplificar la herida mediante prácticas punitivas o mitigarla creando espacios de contención y aprendizaje. Por ello, las intervenciones deben combinar la formación de redes de apoyo entre pares, el desarrollo de líderes sensibles y la promoción de una cultura justa que priorice la seguridad psicológica de quienes cuidan.

10: BIBLIOGRAFÍA

1. Ong TSK, Goh CN, Tan EKYE, et al. Second Victim Syndrome Among Healthcare Professionals: A Systematic Review of Interventions and Outcomes. *J Health Leadersh.* 2025;17:225-239. doi:10.2147/JHL.S526565
2. 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). doi:10.3390/ijerph192416869
3. Nydoo P, Pillay BJ, Naicker T, Moodley J. The second victim phenomenon in health care: A literature review. *Scand J Public Health.* 2020;48(6). doi:10.1177/1403494819855506
4. Naya K, Aikawa G, Ouchi A, et al. Second victim syndrome in intensive care unit healthcare workers: A systematic review and meta-analysis on types, prevalence, risk factors, and recovery time. *PLoS One.* 2023;18(10). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0292108
5. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2013;36(2):135-162. doi:10.1177/0163278712458918
6. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf.* 2020;16(2). doi:10.1097/PTS.0000000000000589
7. Schrøder K, Jørgensen JS, Lamont RF, Hvidt NC. Blame and guilt - a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(7):735-745. doi:10.1111/aogs.12897

8. Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, Evers R, Dijkman LM, Van Pampus MG. Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch gynecologists. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1). doi:10.1186/s12888-018-1659-1
9. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, Johnson S, Hoffman JM. The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes: Connecting Self-Reported Caregiver Distress to Turnover Intentions and Absenteeism. *J Patient Saf*. 2021;17(3):195-199. doi:10.1097/pts.0000000000000301
10. Van Gerven E, Vander Elst T, Vandebroek S, et al. Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident. *Med Care*. 2016;54(10):937-943. doi:10.1097/mlr.0000000000000582
11. Gupta K, Rivadeneira NA, Lisker S, Chahal K, Gross N, Sarkar U. Multispecialty Physician Online Survey Reveals That Burnout Related to Adverse Event Involvement May Be Mitigated by Peer Support - PubMed. *J Patient Saf*. 18(6). doi:10.1097/PTS.0000000000001008
12. Fisher S, Blau A, Gendler Y. The Silent Struggle: An Integrative Review of PTSD Symptoms in Second Victim Experiences Among Nurses. *Int Nurs Rev*. 2025;72(2). doi:10.1111/INR.70049,
13. Suci AG, Jiboc NM, Pinte S. The relationship between medical error and Second Victimization symptomatology: A Meta-Analysis. *Cogn Brain Behav*. 2025;29(1):69-82. doi:10.24193/CBB.2025.29.
14. Potura E, Klemm V, Roesner H, et al. Second Victims among Austrian Pediatricians (SeViD-A1 Study). *Healthcare*. 2023;11(18):2501. doi:10.3390/healthcare11182501

15. Winning AM, Merandi J, Rausch JR, et al. Validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Patient Saf*. Published online 2020. doi:10.1097/pts.0000000000000659
16. Marung H, Strametz R, Roesner H, et al. Second Victims among German Emergency Medical Services Physicians (SeViD-III-Study). *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5). doi:10.3390/ijerph20054267
17. Rinaldi C, Ratti M, Russotto S, Seys D, Vanhaecht K, Panella M. Healthcare Students and Medical Residents as Second Victims: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19). doi:10.3390/IJERPH191912218,
18. Santana-Domínguez I, González-De La Torre H, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Suárez-Sánchez JJ, Martín-Martínez A. Feelings of being a second victim among Spanish midwives and obstetricians. *Nurs Open*. 2022;00:1-14. doi:https://doi.org/10.1002/nop2.1249
19. 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. doi:10.1186/s12913-015-0790-7
20. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev*. 2017;64(2):242-262. doi:10.1111/inr.12317
21. Chan ST, Khong BPC, Pei Lin Tan L, He HG, Wang W. Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2018;20(2):165-172. doi:10.1111/nhs.12397
22. Kim EM, Kim SA, Lee JR, Burlison JD, Oh EG. Psychometric Properties of Korean Version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). *J Patient Saf*. 2018;16(3):179-186. doi:10.1097/pts.0000000000000466

23. High AE, Forest S. Peer Support Targeting the Second Victim Phenomenon: Implementation and Outcomes. *Cureus*. 2025;17(2):e78854. doi:10.7759/CUREUS.78854
24. Merandi J, Liao N, Lewe D, et al. Deployment of a Second Victim Peer Support Program: A Replication Study. *Pediatr Qual Saf*. 2017;2(4):e031. doi:10.1097/pq9.0000000000000031
25. Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P. Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *Int Nurs Rev.Int Nurs Rev*. 2021;68(4). doi:10.1111/inr.12694
26. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Dealing With Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims' Coping Strategies. *J Patient Saf*. 2020;16(2):e51-e60. doi:10.1097/pts.0000000000000661
27. Lazarus RS, Folkman S. *Stress: Appraisal and Coping*. (Lazarus & Folkman S. (1984). Stress Appraisal and Coping. Springer Publishing Company New York. RS, ed.). Springer Publishing Company; 1984. doi:10.1007/978-1-4419-1005-9_215
28. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. 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. doi:10.1097/PTS.0000000000000129
29. Dato Md Yusof YJ, Ng QX, Teoh SE, Loh CYL, Xin X, Thumboo J. Validation and use of the Second Victim Experience and Support Tool questionnaire: a scoping review. *Public Health*. 2023;223:183-192. doi:10.1016/j.puhe.2023.08.003
30. Wu AW, Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *J Public Health Res*. 2013;2(3):e32. doi:10.4081/jphr.2013.e32

31. Carrillo I, Tella S, Strametz R, et al. Studies on the second victim phenomenon and other related topics in the pan-European environment: The experience of ERNST Consortium members. *J Patient Saf Risk Manag.* 2022;27(2):59-65. doi:10.1177/25160435221076985
32. Shuangjiang Z, Huanhuan H, Ling X, Qinghua Z, Mingzhao X. Second victim experience and support desire among nurses working at regional levels in China. *J Nurs Manag.* 2022;30(3):767-776. doi:10.1111/JONM.13563,
33. Peddle M, McPhillips M, Cross R, Zarb L. Experiences and support of Australian nurses who identify as a second victim: A mixed methods study. *Applied Nursing Research.* 2025;82. doi:10.1016/j.apnr.2025.151925
34. Kable A, Kelly B, Adams J. Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study. *Nurs Health Sci.* 2018;20(2):238-246. doi:10.1111/nhs.12409
35. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in A, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System.* National Academies Press (US); 2000. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
36. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Preprint posted online 2009. https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
37. Joint Commission International. *Accreditation Standards for Hospitals.* 8 Edición. (Joint Commission International, ed.); 2025.
38. Fuente-Del-Campo A, Rios-Ruíz A. El ejercicio de la Medicina y su entorno legal. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana.* 2018;2(44):123-130. doi:<https://doi.org/10.4321/S0376-78922018000200002>

39. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA*. 1991;265(16):2089-2094.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2013929>
40. Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med*. 1984;19(2):135-146.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6474229>
41. The mistake I'll never. *Nursing (Brux)*. 1990;20(9):50-51.
https://journals.lww.com/nursing/Citation/1990/09000/THE_MISTAKE_I_LL_NEVER.14.aspx
42. Hilfiker D. Facing Our Mistakes. *New England Journal of Medicine*. 1984;310(2):118-122. doi:10.1056/NEJM198401123100211
43. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726-727.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720336>
44. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325-330. doi:10.1136/qshc.2009.032870
45. 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):467-476. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17724943>
46. Van Gerven E, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BMJ Open*. 2016;6(8):e011403. doi:10.1136/bmjopen-2016-011403

47. Mohsenpour M, Hosseini M, Abbaszadeh A, Shahboulaghi FM, Khankeh H. Iranian nurses' experience of "being a wrongdoer": A phenomenological study. *Nurs Ethics*. 2018;25(5):653-664. doi:10.1177/0969733016660880
48. Finney RE, Torbenson VE, Riggan KA, et al. Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: A Second Victim Experience and Support Tool Survey. *J Nurs Manag*. 2021;29(4):642-652. doi:https://doi.org/10.1111/jonm.13198
49. Wu AW, Shapiro J, Harrison R, et al. The Impact of Adverse Events on Clinicians: What's in a Name? *J Patient Saf*. 2020;16(1):65-72. doi:10.1097/pts.0000000000000256
50. Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C, Skolnik PJ. Abandon the term "second victim." *BMJ*. 2019;364:l1233. doi:10.1136/bmj.l1233
51. Petersen IG. The term "second victim" is appropriate for frontline workers. *BMJ*. 2019;365:l2157. doi:10.1136/bmj.l2157
52. Tumelty ME. The Second Victim: A Contested Term? *J Patient Saf*. Published online 2018. doi:10.1097/pts.0000000000000558
53. Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn*. 2011;121(4):101-108.
54. Mallea Salazar F, Ibaceta Reinoso I, Vejar Reyes C. Second victims: Perceived support quality and its relationship with the consequences of the adverse event. *J Healthc Qual Res*. 2022;37(2):117-124. doi:10.1016/j.jhqr.2021.09.002
55. Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag*. 2020;28(2):286-293. doi:10.1111/jonm.12920
56. Han K, Bohnen JD, Peponis T, et al. The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study. *J Am Coll Surg*. 2017;224(6):1048-1056. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.039

57. Estrada S, Brunelli MV, Celano M, Quiroga A, Chattás G. El impacto del error de medicación en los profesionales de enfermería. *Revista Aladefe*. Published online January 1, 2018. Accessed October 29, 2024. <https://rii.austral.edu.ar/handle/123456789/949>
58. Treiber LA, Jones JH. Making an Infusion Error: The Second Victims of Infusion Therapy-Related Medication Errors. *J Infus Nurs*. 2018;41(3):156-163. doi:10.1097/NAN.0000000000000273
59. Cho DB, Lee W, Cha JM, et al. Second Victim Experience and Perception Discordance of the Colonoscopic Perforation. *Dig Dis Sci*. 2022;67(7):2857-2865. doi:10.1007/s10620-021-07107-x
60. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open*. 2019;9(7):e029923. doi:10.1136/bmjopen-2019-029923
61. Engel K, Rosenthal M, Sutcliffe K. Residents' Responses to Medical Error: Coping, Learning, and Change. *Academic Medicine*. 2006;81(1):86-93. insights.ovid.com
62. Santos JO, Silva AEB de C, Munari DB, Miasso AI. Feelings of nursing professionals after the occurrence of medication errors. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2007;20(4):483-488. doi:10.1590/S0103-21002007000400016
63. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):325-331. doi:10.1136/bmjqs-2013-002035

64. Rinaldi C, Leigh F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a “second victim” in health care: Pathway of recovery after adverse event. *Rev Calif Asist.* 2016;31 Suppl 2:11-19. doi:10.1016/j.cali.2016.05.001
65. Li Z, Zhang C, Chen J, Du R, Zhang X. The current status of nurses’ psychological experience as second victims during the reconstruction of the course of event after patient safety incident in China: a mixed study. *BMC Nurs.* 2024;23(1). doi:10.1186/S12912-024-02371-4
66. Panella M, Rinaldi C, Vanhaecht K, Donnarumma C, Tozzi Q, Di Stanislao F. Second victims of medical errors: a systematic review of the literature. *Ig Sanita Pubbl.* 2014;70(1):9-28.
67. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR. Sharing the load. Rescuing the healer after trauma. *RN.* 2008;71(12):38-40, 42-43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19108569>
68. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals’ psychological well-being. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(6). doi:10.1136/qshc.2009.035253
69. Seys D, Scott S, Wu A, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(5):678-687. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006
70. Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2017;15(9):2333-2364. doi:10.11124/jbisrir-2016-003254
71. Balogum JA, Brammall AN, Berntein M. How Surgical Trainees Handle Catastrophic Errors: A Qualitative Study. *J Surg Educ.* 2015;72(6):1179-1184. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.05.003>.

72. Crigger NJ, Meek VL. Toward a Theory of Self-Reconciliation Following Mistakes in Nursing Practice. *Journal of Nursing. Journal of Nursing Scholarship*. 2007;39:177-183. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00164.x
73. Badruddin S, Gul R, Dias J, PirMuhammad K, Roshan R. Health Care Professional as a Second Victim. *Medical & Clinical Reviews*. 2018;04(01). doi:10.21767/2471-299X.1000065
74. Trent M, Waldo K, Wehbe-Janek H, Williams D, Hegefled W, Havens L. Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program. *J Healthc Risk Manag*. 2016;36(2):27-34. doi:10.1002/jhrm.21239
75. Venus E, Galam E, Aubert JP, Nougairède M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(4):279. doi:10.1136/bmjqs-2011-000359
76. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:341. doi:10.1186/s12913-015-0994-x
77. Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J, Cohen H, Cohen M. Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clin Nurse Spec*. 2000;14(6):278-287; quiz 288-290. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11855445>
78. Martens J, Van Gerven E, Lannoy K, et al. Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses. *Rev Calif Asist*. 2016;31 Suppl 2:26-33. doi:10.1016/j.cali.2016.04.004
79. Delacroix R. Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2017;29(7):403-409. doi:10.1002/2327-6924.12468

80. Gazoni FM, Amato PE, Malik ZM, Durieux ME. The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: results of a national survey. *Anesth Analg.* 2012;114(3):596-603. doi:10.1213/ane.0b013e318227524e
81. Baas MAM, Stramrood CAI, Molenaar JE, van Baar PM, Vanhommerig JW, van Pampus MG. Continuing the conversation: a cross-sectional study about the effects of work-related adverse events on the mental health of Dutch (resident) obstetrician-gynaecologists (ObGyns). *BMC Psychiatry.* 2024;24(1). doi:10.1186/S12888-024-05678-3
82. Lewis E, Baernholdt M, Hamric A. Nurses' Experience of Medical Errors: An Integrative Literature Review. *J Nurs Care Qual.* 2012;28. doi:10.1097/NCQ.0b013e31827e05d1
83. Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly.* 2009;139(1-2):9-15. doi:10.4414/smw.2009.12417
84. Scott SD, McCoig MM. Care at the point of impact: Insights into the second-victim experience. *J Healthc Risk Manag.* 2016;35(4):6-13. doi:10.1002/jhrm.21218
85. Wahlberg Å, Andreen Sachs M, Johannesson K, et al. Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. *BJOG.* 2017;124(8):1264-1271. doi:10.1111/1471-0528.14259
86. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, et al. Special report: Suicidal ideation among American surgeons. *Archives of Surgery.* 2011;146(1):54-62. doi:10.1001/ARCHSURG.2010.292,

87. Lander LI, Connor JA, Shah RK, Kentala E, Healy GB, Roberson DW. Otolaryngologists' responses to errors and adverse events. *Laryngoscope*. 2006;116(7):1114-1120. doi:10.1097/01.mlg.0000224493.81115.57
88. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016;42(8):377-386. doi:10.1016/s1553-7250(16)42053-2
89. Michael S, Vrkleviski LP, Innes L, et al. Colleague Care - Implementing a staff peer support program. *Australas Psychiatry*. 2025;33(2). doi:10.1177/10398562241301944
90. 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):233-240. doi:10.1016/s1553-7250(10)36038-7
91. Wolf ZR, Serembus JF. Medication errors: Ending the blame-game. *Nurs Manage*. 2004;35(8).
https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2004/08000/MEDICATION_ERRORS__Ending_the_blame_game.13.aspx
92. Mira JJ, Carrillo I, Gil-Hernández E, et al. Key elements for designing effective second victim support interventions: a focus group study in European clinical settings. *BMJ Open*. 2025;15(1). doi:10.1136/BMJOPEN-2024-089923,
93. Xu Y, Jin Q, Zhou Q, Zhang R, Ding W. Relationship Between Second Victim Experience and Turnover Intention in Chinese Nurses: Assessing the Mediating Role of Posttraumatic Growth Using Structural Equation Modeling. *J Nurs Manag*. 2025;2025(1). doi:10.1155/JONM/7327139,

94. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;6(9). doi:10.1136/BMJOPEN-2016-011708
95. White RM, Delacroix R. Second victim phenomenon: Is 'just culture' a reality? An integrative review. *Applied Nursing Research*. 2020;56. doi:10.1016/j.apnr.2020.151319
96. Davis AE, Copeland-Streeter DJ, Okoye RR. Effects of a Second Victim Peer Support Program in the Pediatric Intensive Care Unit. *Am J Nurs*. 2025;125(4):54-60. doi:10.1097/AJN.0000000000000048
97. Busch IM, Moretti F, Campagna I, et al. Promoting the Psychological Well-Being of Healthcare Providers Facing the Burden of Adverse Events: A Systematic Review of Second Victim Support Resources. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10). doi:10.3390/ijerph18105080
98. Magaldi M, Perdomo JM, Lopez-Baamonde M, Chanza M, Sanchez D, Gomar C. Second victim phenomenon in a surgical area: online survey. *Rev Esp Anesthesiol Reanim (Engl Ed)*. Preprint posted online 2021. doi:10.1016/j.redar.2020.11.009
99. Clarke J. Promoting professional resilience. *Contemporary risk assessment in safeguarding children*. Published online 2008:164-180.
100. Van Gerven E, Deweer D, Scott SD, et al. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. *Rev Calif Asist*. 2016;31 Suppl 2:34-46. doi:10.1016/j.cali.2016.02.003
101. Kappes M, Romero-Garcia M, Sanchez M, Delgado-Hito P. Coping trajectories of intensive care nurses as second victims: A grounded theory. *Aust Crit Care*. 2024;37(4):606-613. doi:10.1016/j.aucc.2024.01.001

102. Schiess C, Schwappach D, Schwendimann R, Vanhaecht K, Burgstaller M, Senn B. A Transactional “Second-Victim” Model-Experiences of Affected Healthcare Professionals in Acute-Somatic Inpatient Settings: A Qualitative Metasynthesis. *J Patient Saf.* 2021;17(8):e1001-e1018. doi:10.1097/PTS.0000000000000461
103. Kruper A, Domeyer-Klenske A, Treat R, Pilarski A, Kaljo K. Secondary Traumatic Stress in Ob-Gyn: A Mixed Methods Analysis Assessing Physician Impact and Needs. *J Surg Educ.* 2021;78(3):1024-1034. doi:10.1016/j.jsurg.2020.08.038
104. Nijs K, Seys D, Coppens S, Van De Velde M, Vanhaecht K. Second victim support structures in anaesthesia: a cross-sectional survey in Belgian anaesthesiologists. *Int J Qual Health Care.* 2021;33(2). doi:10.1093/intqhc/mzab058
105. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *West J Emerg Med.* 2019;20(3):485-494. doi:10.5811/westjem.2019.4.40970
106. Zhang X, Chen J, Lee SY. Psychometric Testing of the Chinese Version of Second Victim Experience and Support Tool. *J Patient Saf.* Published online 2020. doi:10.1097/pts.0000000000000674
107. Chen J, Yang Q, Zhao Q, Zheng S, Xiao M. Psychometric validation of the Chinese version of the Second Victim Experience and Support Tool (C-SVEST). *J Nurs Manag.* 2019;27(7):1416-1422. doi:10.1111/JONM.12824,
108. Ajoudani F, Habibzadeh H, Baghaei R. Second Victim Experience and Support Tool: Persian translation and psychometric characteristics evaluation. *Int Nurs Rev.* 2021;68(1):34-40. doi:10.1111/inr.12628
109. Strametz R, Siebold B, Heistermann P, Haller S, Bushuven S. Validation of the German Version of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised. *J Patient Saf.* Published online 2021. doi:10.1097/pts.0000000000000886

110. Scarpis E, Castriotta L, Ruscio E, et al. The Second Victim Experience and Support Tool: A Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation in Italy (IT-SVEST). *J Patient Saf*. Published online 2021. doi:10.1097/pts.0000000000000812
111. Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. Second Victim Experience and Support Tool: An Assessment of Psychometric Properties of Italian Version. *J Patient Saf*. Published online 2021. doi:10.1097/pts.0000000000000825
112. Mohd Kamaruzaman AZ, Ibrahim MI, Mokhtar AM, Mohd Zain M, Satiman SN, Yaacob NM. Translation and Validation of the Malay Revised Second Victim Experience and Support Tool (M-SVEST-R) among Healthcare Workers in Kelantan, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4). doi:10.3390/ijerph19042045
113. Knudsen T, Abrahamsen C, Jørgensen JS, Schrøder K. Validation of the Danish version of the Second Victim Experience and Support Tool. *Scand J Public Health*. Preprint posted online 2021:14034948211004800. doi:10.1177/14034948211004801
114. Koca A, Elhan AH, Genç S, Oğuz AB, Eneyli MG, Polat O. Validation of the Turkish version of the second victim experience and Support Tool (T-SVEST). *Heliyon*. 2022;8(9):e10553. doi:10.1016/j.heliyon.2022.e10553
115. Trifunovic-Koenig M, Strametz R, Gerber B, Mantri S, Bushuven S. Validation of the German Version of the Moral Injury Symptom and Support Scale for Health Professionals (G-MISS-HP) and Its Correlation to the Second Victim Phenomenon. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(8). doi:10.3390/ijerph19084857
116. Bushuven S, Trifunovic-Koenig M, Bunz M, et al. Applicability and Validity of Second Victim Assessment Instruments among General Practitioners and Healthcare Assistants (SEVID-IX Study). *Healthcare (Switzerland)*. 2024;12(3). doi:10.3390/HEALTHCARE12030351,

117. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford University Press; 2014. doi:10.1093/med/9780199685219.001.0001
118. *The Standards for Educational and Psychological Testing*. Accessed November 20, 2024. <https://www.apa.org/science/programs/testing/standards>
119. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Rubiales AS. [How is an instrument for measuring health to be validated?]. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):63-72. doi:10.4321/s1137-66272011000100007
120. Universidad Austral. *Manual de Operaciones Del Comité Institucional de Evaluación.*; 2017.
121. Medrano LA, Muñoz-Navarro R. Aproximación conceptual y práctica a los modelos de ecuaciones estructurales. *Revista digital de investigación en docencia universitaria*. 2017;11(1):219-239.
122. Li CH. The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychol Methods*. 2016;21(3):369-387. doi:10.1037/met0000093
123. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. . Third Edition. The Guilford Press.; 2011.
124. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. (SAGE Publications, ed.); 2018.
125. Guest G, Namey EE. *Public Health Research Methods*. SAGE Publications, Inc.; 2015. doi:10.4135/9781483398839
126. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches*. Sage publications; 2016.

127. Duque H, Duque H, Granados ETAD. Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*. 2019;15(25):1-24. doi:10.16925/2382-3984.2019.01.03
128. Lopez KA, Willis DG. Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. *Qual Health Res*. 2004;14(5):726-735. doi:10.1177/1049732304263638,
129. Van Manen M. *Writing in the Dark: Phenomenological Studies in Interpretive Inquiry*. Taylor & Francis Group; 2016. <https://elibro.net/es/lc/bibliouaustral/titulos/159556>
130. Van Manen M. *Investigación Educativa y Experiencia Vivida*. (Idea Educación, ed.). Idea Books S.A; 2003.
131. Errasti-Ibarrondo B, Jordán JA, Díez-Del-Corral MP, Arantzamendi M. Conducting phenomenological research: Rationalizing the methods and rigour of the phenomenology of practice. *J Adv Nurs*. 2018;74(7):1723-1734. doi:10.1111/JAN.13569,
132. Blasco T, Laura H, García O. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Nure Investigación*. Published online March 1, 2008. Accessed May 29, 2025. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/408>
133. Gunbayi I. Rigor in qualitative research. *Journal of Action Qualitative & Mixed Methods Research*. 2024;3(2):1-7. doi:10.5281/ZENODO.13256320
134. RWJF - Qualitative Research Guidelines Project | Lincoln & Guba | Lincoln and Guba's Evaluative Criteria. Accessed June 11, 2025. <http://www.qualres.org/HomeLinc-3684.html>
135. Calderón C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76(5):473-482.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-

[57272002000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272002000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

136. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Accessed June 5, 2025. <https://dle.rae.es/estr%C3%A9s?m=form>

137. Yan L, Tan J, Chen H, et al. Experience and support of Chinese healthcare professionals as second victims of patient safety incidents: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(2):733-743. doi:10.1111/ppc.12843

138. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Preprint posted online 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

139. O’Meara S, D’Arcy F, Dowling C, Walsh K. The psychological impact of adverse events on urology trainees. *Ir J Med Sci*. 2023;192(4):1819-1824. doi:10.1007/s11845-022-03202-8

140. Kumar S. Psychological Safety: What It Is, Why Teams Need It, and How to Make It Flourish. *Chest*. Published online 2023. doi:10.1016/j.chest.2023.11.016

141. O’Donovan R, McAuliffe E. A systematic review exploring the content and outcomes of interventions to improve psychological safety, speaking up and voice behaviour. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):101. doi:10.1186/s12913-020-4931-2

142. Klemm V, Rösner H, Bushuven S, Strametz R. The second victim phenomenon- What personnel in anesthesiology should know about it. *Anaesthesiologie*. 2023;72(11):803-808. doi:10.1007/s00101-023-01337-6

143. Arad D, Finkelstein A, Rozenblum R, Magnezi R. Patient safety and staff psychological safety: A mixed methods study on aspects of teamwork in the operating room. *Front Public Health*. 2022;10:1060473. doi:10.3389/fpubh.2022.1060473

144. Han JH, Roh YS. Teamwork, psychological safety, and patient safety competency among emergency nurses. *Int Emerg Nurs.* 2020;51:100892. doi:10.1016/j.ienj.2020.100892
145. Kobe C, Blouin S, Moltzan C, Koul R. The Second Victim Phenomenon: Perspective of Canadian Radiation Therapists. *J Med Imaging Radiat Sci.* 2019;50(1). doi:10.1016/j.jmir.2018.07.004
146. Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The Second Victim: a Review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;213:11-16. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.04.002
147. Stovall M, Hansen L, van Ryn M. A Critical Review: Moral Injury in Nurses in the Aftermath of a Patient Safety Incident. *J Nurs Scholarsh.* 2020;52(3):320-328. doi:10.1111/jnu.12551
148. University of Missouri Health Care. forYOU Team - MU Health Care. Accessed April 15, 2025. <https://www.muhealth.org/about-us/quality-care-patient-safety/office-of-clinical-effectiveness/foryou>
149. Connor CA, Dukhanin V, Norvell M, Wu AW. RISE: Exploring volunteer retention and sustainability of a second victim support program. *Journal of Healthcare Management.* 2021;66(1):19-31. doi:10.1097/JHM-D-19-00264,
150. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital. *Am J Health Syst Pharm.* 2015;72(7):563-567. doi:10.2146/ajhp140650
151. Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012;38(5):193, 235-240. doi:10.1016/s1553-7250(12)38030-6
152. Adair KC, Heath A, Frye MA, et al. The Psychological Safety Scale of the Safety, Communication, Operational, Reliability, and Engagement (SCORE) Survey: A Brief,

Diagnostic, and Actionable Metric for the Ability to Speak Up in Healthcare Settings. *J Patient Saf.* 2022;18(6):513. doi:10.1097/PTS.0000000000001048

153. Argentina. Ley Nicolás: Ley de Calidad y Seguridad Sanitaria. Congreso de la Nación Argentina; 2025.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/332560/20251008>

11: ANEXOS

Anexo 1: Autorización del Dr. Burlison

AUERA- Com Investi... My Submissions | W... Qualitativa Instagram ATLAS.ti - Qualitativ... Capturar referencia Calculadoras tamañ... >> | Tod

Fri, Apr 15, 2016

 **Maria Victoria Brunelli** 8:23 PM

Dear Jonathan Its a pleassure to contact you I m Victoria Brunelli, a oncology nurse from Argentina (Austral University), and I am working about second victim I recently read your paper about "The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources" It is excelent! Congratulation!!! I m interest on aply this survey in Argentina nurse. Can you send me the survey for this research? Regards, Victoria Brunelli

Mon, Apr 18, 2016

 **Jonathan Burlison** 12:25 PM

Hello Victoria, Thank you for the kind words regarding our research, and I am excited to hear you are interested in possibly using the survey in Argentina. So researchers in Spain hare translated the survey into Spanish and I am including their translation. However, I will advise you that this was not the final version of their translation, and it needs to be translated back to English, then reviewed by our research team to ensure best translation practices. Also, the entire survey is published in the Appendix section of the manuscript, which is also attached. You are welcome to use the survey, please remember to cite the JPS manuscript when it is used. Feel free to get back in touch with any additional questions. Jon

	SVEST_Validation_JPS.pdf	↓
	179 kB	

	SVEST spanish.doc	↓
	86.5 kB	

Anexo 2: SVEST enviado por el Dr. Burlison (inglés)

Instructions for respondents

Survey Dimensions and Outcome Variables

The following survey will evaluate your experiences with adverse patient safety events. These incidents may or may not have been due to error. They also may or may not include circumstances that resulted in patient harm or even reached the patient (i.e., *near-miss* patient safety events). Please indicate how much you agree with the following statements as they pertain to yourself and your own experiences at this hospital.

Second Victim Support Option Desirability

Please indicate your level of desirability for the following types of support that could be offered by your organization for those who have been negatively affected by their involvement with and adverse patient safety event. These incidents may or may not have been due to error. They also may or may not include circumstances that resulted in patient harm or even reached the patient (i.e., *near-miss* patient safety events).

Scoring the survey responses

To use the scores of this instrument to highlight opportunities for improvement, the following instructions for scoring the responses are provided. The first set of instructions is for the 7 dimensions and 2 outcome variables. After converting the reverse-worded item responses (see survey below), compute mean scores for participants for each of the 7 dimensions as well as the 2 outcome variables. The responses are rated on a 1–5 Likert scale, where higher scores represent greater amounts of second victim responses, the degree to which support resources are perceived as inadequate, and the extent of the 2 second victim–related negative work outcomes (i.e., turnover intentions and absenteeism). After computing mean scores for each participant, calculate the percentage and the number of the response means that represent agreement (i.e., the respondents who have a mean dimension and outcome score of 4.0 or higher). This scoring technique will provide results that are limited to the extent of negative effects of second victim experiences and opportunities to improve support resources.

For the items created to measure the desirability of support options, the following scoring instructions yield results based on which organizations can create and revise second

victim resources. The responses for these items are rated on a 1–5 Likert scale, where a response of 4 or 5 represents the support option being desired and 1 or 2 represents support option being not desired. To capture the degree to which the support options are desired or not desired, calculate the percentage of desire responses (4 or 5) and not desired responses (1 or 2). Therefore, this scoring will yield the percentage desired and not desired for each support option, and these results can direct organizational support efforts.

Survey Items

Psychological Distress

- I have experienced embarrassment from these instances.
- My involvement in these types of instances has made me fearful of future occurrences.
- My experiences have made me feel miserable.
- I feel deep remorse for my past involvements in these types of events.

Physical Distress

- The mental weight of my experience is exhausting.
- My experience with these occurrences can make it hard to sleep regularly.
- The stress from these situations has made me feel queasy or nauseous.
- Thinking about these situations can make it difficult to have an appetite.

Colleague Support

- I appreciate my coworkers' attempts to console me, but their efforts can come at the wrong time.
- Discussing what happened with my colleagues provides me with a sense of relief.^a
- My colleagues can be indifferent to the impact these situations have had on me.
- My colleagues help me feel that I am still a good healthcare provider despite any mistakes I have made.^a

Supervisor Support

- I feel that my supervisor treats me appropriately after these occasions.^a

- My supervisor's responses are fair.^a
- My supervisor blames individuals.
- I feel that my supervisor evaluates these situations in a manner that considers the complexity of patient care practices.^a

Institutional Support

- My organization understands that those involved may need help to process and resolve any effects they may have on care providers.^a
- My organization offers a variety of resources to help me get over the effects of involvement with these instances.^a
- The concept of concern for the well-being of those involved in these situations is not strong at my organization.

Non-Work-Related Support

- I look to close friends and family for emotional support after one of these situations happens.^a
- The love from my closest friends and family helps me get over these occurrences.^a

Professional Self-Efficacy

- Following my involvement I experienced feelings of inadequacy regarding my patient care abilities.
- My experience makes me wonder if I am not really a good healthcare provider.
- After my experience. I became afraid to attempt difficult or high-risk procedures.
- These situations do not make me question my professional abilities.^a

Turnover Intentions

- My experience with these events has led to a desire to take a position outside of patient care.

- Sometimes the stress from being involved with these situations makes me want to quit my job.

Absenteeism

- My experience with an adverse patient event or medical error has resulted in me taking a mental health day.

- I have taken time off after one of these instances occurs.

Desired Forms of Support

- The ability to immediately take time away from my unit for a little while.

- A specified peaceful location that is available to recover and recompose after one of these types of events.

- A respected peer to discuss the details of what happened.

- An employee assistance program that can provide free counseling to employees outside of work.

- A discussion with my manager or supervisor about the incident.

- The opportunity to schedule a time with a counselor at my hospital to discuss the event.

- A confidential way to get in touch with someone 24 hours a day to discuss how my experience may be affecting me.

^aReverse-worded item.

Anexo 3: SVEST enviado por el Dr. Burlison (en español)

Instrucciones para los encuestados

La siguiente encuesta evaluará sus experiencias respecto a los eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. Estos incidentes pueden, o no, ser debidos a un error. Pueden incluir circunstancias que podrían ocasionar un daño al paciente o incluso incidentes que han alcanzado al paciente y le han ocasionado cualquier tipo de lesión (casi-incidentes, lesiones sin daños o eventos adversos).

Por favor, indique qué tan de acuerdo está usted con las siguientes afirmaciones que se relacionan con sus experiencias en su propio hospital.

En la segunda parte, por favor, indique el nivel de conveniencia de los siguientes tipos de apoyo que podrían ser ofrecidos por su organización a aquellos profesionales que se han visto involucrados en un evento adverso y se han visto afectados negativamente. *(Estos incidentes pueden o no haber sido debidos a un error. También pueden o no, incluir circunstancias que resultaron en daño al paciente o incluso llegaron a afectar mortalmente al paciente.)*

Muchas gracias por su colaboración.

Angustia Psicológica

- He experimentado vergüenza debido a estos incidentes.	1	2	3	4	5
- Mi participación en este tipo de incidentes me ha hecho temeroso de futuros incidentes.	1	2	3	4	5
- Mis experiencias me han hecho sentir desdichado.	1	2	3	4	5
- Siento un profundo remordimiento debido a mis implicaciones pasadas en este tipo de incidentes.	1	2	3	4	5

Malestar físico

- La carga mental de mi experiencia es agotadora.	1	2	3	4	5
- Mi experiencia con este tipo de incidentes puede dificultarme dormir con regularidad.	1	2	3	4	5
- La tensión de estas situaciones me ha hecho sentir mareado o con náuseas.	1	2	3	4	5
- Pensar en estas situaciones puede hacer que sea difícil tener apetito.	1	2	3	4	5

Apoyo por parte de colegas

- Aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme, aunque estos pueden producirse en el momento equivocado.	1	2	3	4	5
- Hablar de lo que pasó con mis colegas me proporciona una sensación de alivio *	1	2	3	4	5

- El impacto que estas situaciones han tenido sobre mi ha dejado indiferentes a mis colegas	1	2	3	4	5
- Mis Colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional de la salud a pesar de los errores*	1	2	3	4	5
Apoyo de Supervisor/ Jefe					
- Después de un incidente. siento que mi supervisor/jefe me trata adecuadamente *	1	2	3	4	5
- Mi supervisor/jefe responde de forma justa *	1	2	3	4	5
- Mi supervisor/jefe culpa a los individuos.	1	2	3	4	5
- Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad de la atención al paciente cuando evalúa estas situaciones.*	1	2	3	4	5
Apoyo institucional					
- Mi organización entiende que los implicados pueden necesitar ayuda en el proceso y para resolver los efectos que pueden ocasionarse en los profesionales de la atención sanitaria.	1	2	3	4	5
-Mi Organización ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar las consecuencias de la participación en este tipo de incidentes.	1	2	3	4	5
- La preocupación por el bienestar de las personas involucradas en este tipo de incidentes no es fuerte en mi organización.	1	2	3	4	5
Apoyo no relacionado con el trabajo					
- Si sucede un incidente de este tipo acudo a amigos cercanos y familiares para conseguir apoyo emocional	1	2	3	4	5
- El amor de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes	1	2	3	4	5
Valoración de la eficacia profesional					
- Después de mi participación en el incidente experimenté sentimientos de inadecuación respecto a mis habilidades de atención al paciente.	1	2	3	4	5
- Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no soy realmente un buen profesional sanitario.	1	2	3	4	5
- Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	1	2	3	4	5
- Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales	1	2	3	4	5
Intención de cambio					
- Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de trabajar fuera del ámbito de la atención al paciente.	1	2	3	4	5
- En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situaciones me dan ganas de dejar mi trabajo.	1	2	3	4	5
Ausentismo					
-Mi Experiencia con un evento adverso o error médico. ha ocasionado que solicite una visita de salud mental.	1	2	3	4	5
- Me he tomado un tiempo libre después de lo que ocurrió	1	2	3	4	5
Formas de apoyo deseadas					
- La posibilidad de poder tomar de inmediato un tiempo lejos de mi unidad. durante un plazo breve.	1	2	3	4	5
- Un lugar tranquilo. específico. que está disponible para recuperarme y recomponerme después de estos tipos de eventos.	1	2	3	4	5
- Poder discutir los detalles de lo sucedido con compañeros respetados.	1	2	3	4	5
- Un programa de asistencia al empleado para proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del trabajo.	1	2	3	4	5
- Una conversación con mi gerente o supervisor sobre el incidente.	1	2	3	4	5
- La oportunidad de planificar un tiempo para discutir el caso con un consejero en mi hospital.	1	2	3	4	5
- La posibilidad de ponerse en contacto con alguien .24 horas al día. para discutir de forma confidencial cómo la experiencia me puede estar afectando.	1	2	3	4	5

Anexo 4: SVEST (Estudio 1)

	Poco			Mucho	
Sentí vergüenza por ese incidente	1	2	3	4	5
Sentí miedo de que vuelvan a pasar futuros incidentes	1	2	3	4	5
Me sentí triste por la experiencia frente al evento	1	2	3	4	5
Siento una profunda culpa por haber experimentado un error	1	2	3	4	5
El stress que me provocó fue agotador	1	2	3	4	5
Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de incidentes	1	2	3	4	5
La tensión de estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (p.ej. mareado o con náuseas. etc.)	1	2	3	4	5
Pensar en estas situaciones me ha afectado el apetito	1	2	3	4	5
Aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme. pero estos pueden producirse en el momento equivocado	1	2	3	4	5
Hablar de lo que pasó con mis colegas me proporciona una sensación de alivio	1	2	3	4	5
Mis colegas se mostraron indiferentes a lo que me pasó	1	2	3	4	5
Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional de la salud a pesar de los errores	1	2	3	4	5
Después de un incidente. siento que mi supervisor/jefe me trata adecuadamente	1	2	3	4	5
Mi supervisor/jefe me responde de forma justa	1	2	3	4	5
Mi supervisor/jefe culpa a los individuos del equipo.	1	2	3	4	5
Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones	1	2	3	4	5
Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que ocurrió	1	2	3	4	5
Mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda para superar el conflicto	1	2	3	4	5
Mi hospital me ofrece distintos recursos para ayudarme a superar las consecuencias de la participación en este tipo de incidentes.	1	2	3	4	5
La preocupación por el bienestar de las personas involucradas en este tipo de incidentes no es característica en mi organización u hospital	1	2	3	4	5
Si sucede un incidente de este tipo acudo a amigos cercanos y familiares para conseguir apoyo emocional	1	2	3	4	5
El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes	1	2	3	4	5
Después de mi participación en el incidente me sentí inseguro respecto a mis habilidades de atención a pacientes.	1	2	3	4	5
Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no soy realmente un buen profesional	1	2	3	4	5
Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	1	2	3	4	5
Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales	1	2	3	4	5
Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes	1	2	3	4	5
En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situaciones me da ganas de abandonar completamente mi trabajo.	1	2	3	4	5
Mi experiencia con un evento adverso o error. ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés	1	2	3	4	5
Me he tomado un/os día/s sin trabajar después de lo que ocurrió	1	2	3	4	5

Anexo 5: Versión traducida y retraducida.

PSYCHOLOGICAL DISTRESS	
Versión original en ingles	I have experienced embarrassment from these instances.
Adaptación al español (local)	Sentí vergüenza por ese incidente
Re traducción al ingles	I felt ashamed of that incident
Versión original en ingles	My involvement in these types of instances has made me fearful of future occurrences
Adaptación al español (local)	Sentí miedo de que vuelvan a pasar futuros incidentes
Re traducción al ingles	I was afraid that future incidents would happen again
Versión original en ingles	My experiences have made me feel miserable
Adaptación al español (local)	Me sentí triste por la experiencia frente al evento
Re traducción al ingles	I felt sad about the experience in front of the event
Versión original en ingles	I feel deep remorse for my past involvements in these types of events
Adaptación al español (local)	Siento una profunda culpa por haber experimentado un error
Re traducción al ingles	I feel that I am deeply to blame for having experienced a mistake
PHYSICAL DISTRESS	
Versión original en ingles	The mental weight of my experience is exhausting
Adaptación al español (local)	El stress que me provocó fue agotador
Re traducción al ingles	The stress it provoked me was exhausting
Versión original en ingles	My experience with these occurrences can make it hard to sleep regularly
Adaptación al español (local)	Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de incidentes
Re traducción al ingles	I had problems to sleep regularly because of this kind of incidents
Versión original en ingles	The stress from these situations has made me feel queasy or nauseous
Adaptación al español (local)	La tensión de estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (p.ej. mareado o con náuseas. etc.)
Re traducción al ingles	The tension in these situations made me feel physical symptoms (for example: Dizziness. nausea. etc)
Versión original en ingles	Thinking about these situations can make it difficult to have an appetite.
Adaptación al español (local)	Pensar en estas situaciones me ha afectado el apetito
Re traducción al ingles	Thinking about these situations has affected my appetite
COLLEAGUE SUPPORT	
Versión original en ingles	I appreciate my coworkers' attempts to console me. but their efforts can come at the wrong time
Adaptación al español (local)	Aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme. pero estos pueden producirse en el momento equivocado

Re traducción al ingles	I appreciate my jobmates` attempts to confort me. but these can occur at the wrong time
Versión original en ingles	Discussing what happened with my colleagues provides me with a sense of relief.
Adaptación al español (local)	Hablar de lo que pasó con mis colegas me proporciona una sensación de alivio
Re traducción al ingles	Talking about what happened with my jobmates gives me a feeling of relief
Versión original en ingles	My colleagues can be indifferent to the impact these situations have had on me
Adaptación al español (local)	Mis colegas se mostraron indiferentes a lo que me pasó
Re traducción al ingles	My colleagues showed themselves indifferent to what happened to me
Versión original en ingles	My colleagues help me feel that I am still a good healthcare provider despite any mistakes I have made
Adaptación al español (local)	Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional de la salud a pesar de los errores
Re traducción al ingles	My colleagues help me feel I am still being a good health professional in spite of the mistakes
SUPERVISOR SUPPORT	
Versión original en ingles	I feel that my supervisor treats me appropriately after these occasions
Adaptación al español (local)	Después de un incidente. siento que mi supervisor/jefe me trata adecuadamente
Re traducción al ingles	After an incident. I feel my supervisor/boss treats me properly
Versión original en ingles	My supervisor`s responses are fair
Adaptación al español (local)	Mi supervisor/jefe me responde de forma justa
Re traducción al ingles	My supervisor/boss answers me fairly
Versión original en ingles	My supervisor blames individuals
Adaptación al español (local)	Mi supervisor/jefe culpa a los individuos del equipo.
Re traducción al ingles	My supervisor/boss puts the blame on the team members
Versión original en ingles	I feel that my supervisor evaluates these situations in a manner that considers the complexity of patient care practices
Adaptación al español (local)	Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones
Re traducción al ingles	I feel my supervisor/boss takes into account the patient`s complexity when he evaluates these
INSTITUTIONAL SUPPORT	
Versión original en ingles	My organization understands that those involved may need help to process and resolve any effects they may have on care providers
Adaptación al español (local)	Mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda para superar el conflicto
Re traducción al ingles	My hospital understands that those who make a mistake may need help to overcome the conflict
Versión original en ingles	My organization offers a variety of resources to help me get over the effects of involvement with these instances

Adaptación al español (local)	Mi hospital me ofrece distintos recursos para ayudarme a superar las consecuencias de la participación en este tipo de incidentes.
Re traducción al ingles	My hospital offers me different resources to help me overcome the consequences of my participation in this type of incidents.
Versión original en ingles	The concept of concern for the well-being of those involved in these situations is not strong at my organization
Adaptación al español (local)	La preocupación por el bienestar de las personas involucradas en este tipo de incidentes no es característica en mi organización u hospital
Re traducción al ingles	Worrying for the welfare of the people involved in this type of incidents is not characteristic of my organization or hospital
NON-WORK-RELATED SUPPORT	
Versión original en ingles	I look to close friends and family for emotional support after one of these situations happens
Adaptación al español (local)	Si sucede un incidente de este tipo acudo a amigos cercanos y familiares para conseguir apoyo emocional
Re traducción al ingles	If an incident of this type occurs I reach for my close friends and family to obtain emotional support.
Versión original en ingles	The love from my closest friends and family helps me get over these occurrences
Adaptación al español (local)	El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes
Re traducción al ingles	My friends and closer relatives`affection helps me overcome these incidents
PROFESSIONAL SELF-EFFICACY	
Versión original en ingles	Following my involvement I experienced feelings of inadequacy regarding my patient care abilities.
Adaptación al español (local)	Después de mi participación en el incidente me sentí inseguro respecto a mis habilidades de atención a pacientes.
Re traducción al ingles	After my participation in the incident I felt insecure about my abilities to attend patients.
Versión original en ingles	My experience makes me wonder if I am not really a good healthcare provider
Adaptación al español (local)	Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no soy realmente un buen profesional
Re traducción al ingles	This experience makes me wonder if I am or not a good professional
Versión original en ingles	After my experience. I became afraid to attempt difficult or high-risk procedures
Adaptación al español (local)	Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.
Re traducción al ingles	After my experience I was afraid of attempting doing difficult or high risk procedures.
Versión original en ingles	These situations do not make me question my professional abilities
Adaptación al español (local)	Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales

Re traducción al ingles	These situations make me question my professional abilities.
TURNOVER INTENTIONS	
Versión original en ingles	My experience with these events has led to a desire to take a position outside of patient care
Adaptación al español (local)	Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes
Re traducción al ingles	My experience with these incidents has generated in me a will to stop attending patients
Versión original en ingles	Sometimes the stress from being involved with these situations makes me want to quit my job
Adaptación al español (local)	En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situaciones me da ganas de abandonar completamente mi trabajo.
Re traducción al ingles	In occasions the stress of being involved in this kind of situations makes me want to abandon my job completely
ABSENTEEISM	
Versión original en ingles	My experience with an adverse patient event or medical error has resulted in me taking a mental health day.
Adaptación al español (local)	Mi experiencia con un evento adverso o error. ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés
Re traducción al ingles	My experience with an adverse event or mistake has made me have a day off because of stress
Versión original en ingles	I have taken time off after one of these instances occurs
Adaptación al español (local)	Me he tomado un/os día/s sin trabajar después de lo que ocurrió
Re traducción al ingles	I have taken one or a few days off alter what happened.

Anexo 6: Aprobación de versión definitiva por el Dr. Burlison

researchgate.net/messages/394161453

Thu, Apr 28, 2016

Maria Victoria Brunelli 3:35 PM

Dear Jonathan, Thank you very much for the survey! In relation to this work, I wanted to consult you two things: First, I made an adaptation of the survey to our local language. I am currently doing the translation to English. If your interest is can send both documents. For this reason I wanted Give you some specific questions: 1. In the "physical distress" dimension, when you mention "mental weight" ; Wich concept refers to? I don't understand that meaning give you this term. It could be stress? 2. In addition, in "supervisor support" dimension, when you mention "my supervisor blames individuals" What do you refers to individuals? To health professionals? To the patients? The team as a whole? On the other hand, do you thought of a second victim operational definition? I mean, if you have thought of a score from which it can be said that the respondent is a second victim or not. Tks so much! Victoria

Mon, May 2, 2016

Jonathan Burlison 4:41 PM

You're welcome! OK for #1: "mental weight" stress is a good meaning. 2. The intended referent for that item is "health care professionals." It is OK to change it! We have not constructed a threshold score for when a person may likely be a second victim, but have discussed it some. I think this is a good idea for future research, possibly yours. :) I think the survey would have to be slightly modified for this purpose though. Warm regards, Jon

Mon, May 23, 2016

Maria Victoria Brunelli 2:04 PM

Dear Jon I m sorry for the delay I m working in your spanish survey. At the first, I did the adaptation to local language. Then I did the retranslation to english I send this document with all s traduction In fact, the final english version its no verbatin equal to the first, but I thought that the concepts are the same. Its you can, I want to knows your opinion Tks! Victoria

Encuesta original-traduc-retra.docx
39.3 kB

Wed, May 25, 2016

Jonathan Burlison 3:19 PM

Dear Maria, I think the translation is good. There are some syntax issues, but, yes, the general message is translated successfully. Great work and please keep me in touch! Jon

Anexo 7: Encuesta utilizada en el Estudio 1

Estimado colega:

Muchos estudios han demostrado que en la atención a pacientes es frecuente que ocurran errores de medicación pudiendo producir o no un daño en el paciente. Poco es lo que se sabe de este fenómeno en nuestro medio y por eso nos gustaría conocer su experiencia. Su aporte es muy valioso. La encuesta es voluntaria y anónima y le llevará 5 minutos. Estos resultados serán tratados en forma absolutamente confidencial y usada solo con fines de investigación. Muchas gracias por su colaboración con este importante estudio.

1. ¿Ud. es? (señale únicamente la más actual)

Estudiante de enfermería Auxiliar de enfermería Enfermero profesional Licenciado en enfermería

2. ¿Hace cuantos años trabaja como enfermero/a atendiendo pacientes?

___ años

___ No trabajo atendiendo paciente

3. ¿Alguna vez escuchó hablar o Ud. conoce el término “segunda víctima” en relación a seguridad del paciente?

SI

NO

4. En su lugar de trabajo ¿hay un servicio/departamento de seguridad del paciente?

SI

NO

NO SABE

5. ¿Alguna vez experimentó un error de medicación?

SI

NO

Si alguna vez vivió la experiencia de un error continúe con las siguientes preguntas. En el caso de que no lo haya experimentado le solicitamos que por favor deposite esta encuesta en las urnas disponibles. Gracias por su colaboración

6. ¿Recuerda cuántos pacientes tenía a su cargo en ese momento?

Uno

Dos

Tres

Cuatro

Cinco

Seis

Más de seis

No recuerdo

7. ¿Fue informado el evento una vez advertido?

SI

No

Para las siguientes afirmaciones por favor responda en qué medida Ud. está o no de acuerdo considerando la siguiente escala de 1 a 5. donde 1 es casi nada o muy poco de acuerdo y 5 es muy de acuerdo

Frente al evento/situación Ud. experimentó:

	POCO			MUCHO	
Sentí vergüenza por ese incidente	1	2	3	4	5
Sentí miedo de que vuelvan a pasar futuros incidentes	1	2	3	4	5
Me sentí triste por la experiencia frente al evento	1	2	3	4	5
Siento una profunda culpa por haber experimentado un error	1	2	3	4	5
El stress que me provocó fue agotador	1	2	3	4	5
Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de incidentes	1	2	3	4	5
La tensión de estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (p.ej. mareado o con náuseas. etc.)	1	2	3	4	5
Pensar en estas situaciones me ha afectado el apetito	1	2	3	4	5
Aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme. pero estos pueden producirse en el momento equivocado	1	2	3	4	5
Hablar de lo que pasó con mis colegas me proporciona una sensación de alivio	1	2	3	4	5
Mis colegas se mostraron indiferentes a lo que me pasó	1	2	3	4	5
Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional de la salud a pesar de los errores	1	2	3	4	5
Después de un incidente. siento que mi supervisor/jefe me trata adecuadamente	1	2	3	4	5
Mi supervisor/jefe me responde de forma justa	1	2	3	4	5
Mi supervisor/jefe culpa a los individuos del equipo.	1	2	3	4	5
Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones	1	2	3	4	5
Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que ocurrió	1	2	3	4	5
Mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda para superar el conflicto	1	2	3	4	5
Mi hospital me ofrece distintos recursos para ayudarme a superar las consecuencias de la participación en este tipo de incidentes.	1	2	3	4	5
La preocupación por el bienestar de las personas involucradas en este tipo de incidentes no es característica en mi organización u hospital	1	2	3	4	5
Si sucede un incidente de este tipo acudo a amigos cercanos y familiares para conseguir apoyo emocional	1	2	3	4	5
El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes	1	2	3	4	5
Después de mi participación en el incidente me sentí inseguro respecto a mis habilidades de atención a pacientes.	1	2	3	4	5
Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no soy realmente un buen profesional	1	2	3	4	5
Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	1	2	3	4	5
Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales	1	2	3	4	5
Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes	1	2	3	4	5
En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situaciones me da ganas de abandonar completamente mi trabajo.	1	2	3	4	5
Mi experiencia con un evento adverso o error. ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés	1	2	3	4	5
Me he tomado un/os día/s sin trabajar después de lo que ocurrió	1	2	3	4	5

Anexo 8: Encuesta utilizada en el Estudio 2

Estimado colega: Muchos estudios han demostrado que en la atención a pacientes es frecuente que ocurran errores de medicación pudiendo producir o no un daño en el paciente. Nos gustaría conocer su experiencia. Su aporte es muy valioso. La encuesta es voluntaria y anónima y le llevará 5 minutos. Estos resultados serán tratados en forma absolutamente confidencial y usada solo con fines de investigación. Muchas gracias por su colaboración con este importante estudio

1. ¿Ud. es? (señale según el rol que desempeña)

- Auxiliar de enfermería
- Enfermero
- Médico
- Farmacéutico
- Personal auxiliar de farmacia
- Otro

2. ¿Hace cuantos años trabaja en atención directa o indirecta con pacientes?

_____ años

3. ¿Conoce el término segunda víctima?

- SI
- NO

4. ¿Alguna vez experimentó un error de medicación?

- SI
- NO

5. ¿Recuerda hace cuánto tiempo aproximadamente?

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 2 años
- Más de 3 años
- No recuerda

6. ¿Informó el error una vez cometido?

- SI
 NO

Si alguna vez vivió la experiencia de un error continúe con las siguientes preguntas. En el caso de que no lo haya experimentado le solicitamos que por favor deposite esta encuesta en las urnas disponibles.

Para las siguientes afirmaciones por favor responda en qué medida Ud. está o no de acuerdo considerando la siguiente escala de 1 a 5. donde 1 es casi nada o muy poco de acuerdo y 5 es muy de acuerdo

Frente al evento de error en medicación Ud. experimentó:	Poco					Mucho
	1	2	3	4	5	
Sentí vergüenza por ese incidente	1	2	3	4	5	
Sentí miedo de que me vuelva a pasar de nuevo algún incidente	1	2	3	4	5	
Me sentí triste por la experiencia frente al evento	1	2	3	4	5	
Siento una profunda culpa por haber experimentado un error	1	2	3	4	5	
El stress que me provocó fue agotador	1	2	3	4	5	
Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de incidentes	1	2	3	4	5	
La tensión por estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (p.ej. mareado o con náuseas. etc.)	1	2	3	4	5	
Pasar por estas situaciones me afectó el apetito	1	2	3	4	5	
Aprecio los intentos de mis compañeros de trabajo para consolarme.	1	2	3	4	5	
Hablar de lo que pasó con mis colegas me genera alivio	1	2	3	4	5	
Mis colegas me mostraron su apoyo a lo que me pasó	1	2	3	4	5	
Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen profesional a pesar de los errores	1	2	3	4	5	
Mi supervisor actúa para resolver la situación	1	2	3	4	5	
Mi supervisor/jefe culpa a los individuos del equipo cuando ocurren estas cosas.	1	2	3	4	5	
Siento que mi supervisor/jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones	1	2	3	4	5	
Siento que mi supervisor o jefe me comprendió ante lo que ocurrió	1	2	3	4	5	
Mi hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda	1	2	3	4	5	
Mi lugar de trabajo me ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocaron a superar las consecuencias	1	2	3	4	5	
Cuando me equivoqué busque a mis amigos cercanos y familiares para buscar apoyo emocional	1	2	3	4	5	

El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estos incidentes	1	2	3	4	5
Después de mi participación en el incidente me sentí inseguro respecto a mis habilidades profesionales	1	2	3	4	5
Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no realmente un buen profesional	1	2	3	4	5
Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	1	2	3	4	5
Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades profesionales	1	2	3	4	5
Mi experiencia con estos incidentes me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes	1	2	3	4	5
En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situación me da ganas de abandonar completamente mi trabajo	1	2	3	4	5
Mi experiencia con un evento adverso o error. ha ocasionado que me tome el día de trabajo por estrés	1	2	3	4	5
Me hubiese gustado tomarme un o unos día/s sin trabajar después de lo que ocurrió	1	2	3	4	5

Anexo 9: Consentimiento informado (estudio cualitativo)

Título del estudio: EXPERIENCIA DE SEGUNDA VÍCTIMA

Diseño: Estudio exploratorio cualitativo

Nombre, dirección y teléfono del Investigador Principal: María Victoria Brunelli:

vbrunell@austral.edu.ar Av Peron 1500. Derqui. Cel: 011 15 5 164 2821

Hoja de información:

Se le está pidiendo que acceda a realizar una entrevista en la que se le preguntará sobre cómo vivió Ud el haber estado involucrado directamente en un incidente de seguridad del paciente en la atención de salud. Este tipo de estudios se realiza para poder saber más sobre el impacto que tiene en los profesionales el incidente.

Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo. su negativa no le traerá ningún inconveniente.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando. antes de tomar una decisión.

La Esp. Mariana Seisedos y Mag. María Victoria Brunelli serán quienes dirijan el estudio (...). Ninguna de ellas recibirá un pago por realizarlo.

1. ¿Por qué se realiza este estudio?

El error en la atención de salud puede producir daño en el paciente y desconcierta al equipo de salud. En los profesionales. el impacto que produce haber estado involucrado directamente en un incidente puede tener consecuencias ser graves y provocar problemas de salud física y/o psíquica. alteraciones en la relación terapéutica y abandono del rol profesional.

Por ello el objetivo de la investigación es conocer la experiencia por las que pasan los profesionales que se vieron implicados en un incidente de seguridad y aportar evidencia para poder acompañar a los profesionales.

2. ¿Qué se conoce sobre el tema en investigación? ¿Se hicieron otros estudios similares con anterioridad?

El concepto fue utilizado por primera vez por Wu quien en el año 2000 dio luz a la comunidad sanitaria acerca de que el profesional que está implicado en un incidente necesita ayuda. Posteriormente varios autores acuñaron el término y actualmente son varias las investigaciones que abordan el fenómeno. La estimación de la segunda víctima es variable en la literatura dependiendo de los abordajes utilizados. La prevalencia se estima entre un 10 % y 60% según estudios desarrollados en Estados Unidos. En Dinamarca la prevalencia es de 35 a 49 %. Francia el 64 % y España 66 %. Hay algunos estudios cualitativos que informan que los profesionales experimentan sentimientos negativos y que necesitan estrategias de afrontamiento para superar el evento. Ninguno se ha desarrollado en Argentina.

3. ¿Cómo voy a participar?

Se le realizará una entrevista personal en un ambiente privado, en el que se le harán preguntas acerca del cómo se sintió ante el hecho de haber cometido un incidente de seguridad. Ud. puede contestar abiertamente lo que desee, así como informar si no desea comentar algo. La entrevista será grabada en audio, a fines de obtener la información de calidad. El audio será posteriormente transcrito en un documento Word, en el que no se registrarán sus datos personales. No es necesario que Ud. detalle los aspectos relacionados al incidente. Nos interesa conocer cómo fue su vivencia y cómo se sintió luego del mismo.

4. ¿Tendré beneficios por participar?

Es probable (aunque no seguro) que Ud. no se beneficie con los resultados de este estudio; esperamos que sí sea útil para los profesionales que pasen por la misma experiencia en un futuro.

5. ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos personales? ¿Cómo harán para que mi identidad no sea conocida?

Los datos que lo identifiquen serán tratados en forma confidencial como lo exige la Ley. Salvo para quienes estén autorizados a acceder a sus datos personales. Ud. no podrá ser identificado. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas científicas o presentados en congresos del ámbito de salud, su identidad no será revelada.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho al acceso de los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un

interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14. inciso 3 de la ley N 25.326.

La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales. dependiente de la Agencia de Acceso a la Información Pública. organismo de control de la ley N°25.326 (Ley de Protección de datos personales). tiene la atribución de atender las consultas. denuncias o reclamos que se interpongan con relación a cualquier cuestión respecto de la protección de los datos personales. A tal efecto. podrán dirigirse a: Avenida Presidente General Julio Argentino Roca 710. 2°-C1067ABP-. Tel. (011) 2821-0047 int. 8846. correo electrónico: datospersonales@aaip.gob.ar. www.argentina.gob.ar/aaip.

6. ¿Quiénes tendrán acceso a mis datos personales?

El equipo de investigación accederá a los datos que Ud. ofrezca en la encuesta. También podrán hacerlo el CIE y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Como se mencionó el audio será transcrito a un documento de texto en el que se eliminarán todos los datos que permitan identificarlo (nombre y apellido. y aquellos datos que surjan en la entrevista). Posterior a la transcripción el audio será eliminado.

7. ¿Puedo dejar de participar en cualquier momento. aún luego de haber aceptado?

Usted es libre de retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento sin que esto lo perjudique en su relación laboral con el HUA posterior; simplemente deberá notificar por escrito al investigador de su decisión. Si algunas preguntas lo ponen incómodo. dígaselo a la persona que se las está haciendo puede no contestar alguna de ellas si así lo prefiere. De todas maneras. lo ideal es tratar de dar toda la información requerida para que el estudio se haga en forma correcta. Puede suspender su participación en cualquier momento. Luego de que retire su consentimiento no se podrán obtener los datos que Ud. ofreció en la encuesta.

8. ¿Me pagarán por participar?

No se le pagará por su participación en este estudio.

9. ¿Qué gasto tendré si acepto participar del estudio?

Ud. No tendrá gasto alguno por participar

10. ¿Quién financia el estudio?

El estudio no tiene financiamiento.

11. ¿Puedo hablar con alguien si tengo dudas sobre el estudio como participante de un estudio de investigación?

11.a) Sobre el estudio: contactar al Investigador Principal:

Ud. Puede obtener información sobre el estudio a través de los siguientes contactos: Mariana Seisedos: MSEISDED@cas.austral.edu.ar o Maria Victoria Brunelli: vbrunell@austral.edu.ar

11.b) Sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación:

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado y autorizado por el Comité Institucional de Evaluación (CIE) de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral, inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación, dependiente del Comité de Ética Central en Investigación - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con fecha 4 de junio de 2010, bajo el N° 005/2010, Folio 35 del Libro de Actas N° 1. Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité Institucional de Evaluación. Presidente: Dra. Paula Micone al teléfono 0230- 4482617

El Comité Institucional de Evaluación (CIE) de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral, que es un grupo de personas independiente del investigador y del patrocinador, que evalúa y monitorea el estudio desde su inicio hasta su finalización, y cuya función es asegurar que el bienestar del participante sea preservado y sus derechos respetados.

Título del estudio: **EXPERIENCIA DE SEGUNDA VÍCTIMA-HOJA DE FIRMAS**

Diseño: Estudio exploratorio cualitativo

Nombre, dirección y teléfono del Investigador Principal: Mariana Seisedos:

MSEISDED@cas.austral.edu.ar, Ma Victoria Brunelli: vbrunell@austral.edu.ar

Consentimiento informado (hoja de firmas)

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado. he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. He quedado satisfecho con la información recibida. la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para la realización de la entrevista propuesta y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee. con la única obligación de informar mi decisión al responsable del estudio.

Firma: _____

Aclaración: _____

Tipo y numero de documento: _____

Fecha: _____

“De acuerdo con la Disposición 06/2008 emitida por la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (DNPDP). a Usted se lo podrá contactar para que brinde información respecto del procedimiento de consentimiento informado”.

Apellido y nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____

DNI del testigo: _____

Firma del fedetario: _____

Aclaración: _____

Tipo y numero de documento: _____

Fecha: _____

Anexo 10: Guía de preguntas de las entrevistas en profundidad

De forma inicial se presentan las siguientes preguntas abiertas. Acorde a la metodología cualitativa, en el análisis emergente podrán surgir nuevas preguntas relacionadas al objetivo del estudio que se incorporarán en la medida que se desarrolle la recogida de datos. En primer lugar, se indagará aspectos sociodemográficos que podrán ser obtenidos previo al inicio de la entrevista. Posteriormente se abordará la temática del estudio

Inicio de la entrevista:

Presentación inicial del participante (años de experiencia profesional, profesión)

Detalles del evento:

Tiempo aproximado desde que ocurrió el evento

Tipo de evento (error médico vs evento adverso no esperado)

¿Cuál fue su participación en el evento?

¿Qué resultados trajo el evento en el paciente?

Experiencia personal y profesional:

¿Recuerda Ud. cómo se sintió inmediatamente después del incidente?

¿Tuvo alguna necesidad (a nivel emocional, físico, profesional)?

¿Expresó o comentó a alguien esa necesidad? ¿Tuvo alguna respuesta?

Si tuvo respuesta: ¿Cuál? ¿por parte de quién? ¿Esa respuesta pudo cubrir su necesidad?

¿Presentó alguna necesidad que no fue atendida en su momento? ¿Qué pasó con ella?

¿Cree que el incidente le impactó en su vida profesional? ¿Hay algo que cambió en Ud.?

¿Qué? ¿Cómo?

Si percibe un cambio: ¿Considera ese cambio como algo bueno, malo o neutro?

¿Cómo percibió que reaccionaron sus compañeros/as de trabajo? ¿Cómo le impacto a Ud. esa reacción (¿generó sentimientos positivos o negativos?) ¿Pudo expresarlo con ellos?

En caso de que haya comentado el incidente con un superior/coordinador o jefe: ¿Cómo percibió la reacción de sus superiores hacia Ud.? ¿Cómo le impacto a Ud. esa reacción? ¿generó sentimientos positivos o negativos? ¿Pudo expresarlo con ellos?

Si Ud. pudiese volver atrás ¿Cómo le hubiese gustado que lo traten a Ud. sus compañeros de trabajo? ¿Y sus superiores/jefe/coordinador?

A nivel profesional. cuando volvió a atender pacientes luego del incidente ¿sintió algo distinto? (a veces las personas experimentan miedo. inseguridad. vergüenza. incapacidad para seguir atendiendo pacientes. deseos de no volver a trabajar) ¿le pasó algo así a Ud.? ¿Pasó Ud. por algún otro sentimiento que no hayamos hablado en relación a su desempeño profesional?

¿Cree Ud. hoy el entorno laboral lo hubiese acompañado de otra forma? En caso de que mencione que si: ¿Cuál? ¿Por qué cree que se dio ese cambio? ¿Cómo lo percibe?