

Estrés, ansiedad, depresión en las segundas víctimas: revisión integrativa

Erika Bibiana Rodríguez Gallo¹, Silvio Germán Telpiz de la Cruz²

1. Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. 2. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Resumen

Los eventos adversos en salud afectan también al personal involucrado, quienes pueden convertirse en “segundas víctimas” al desarrollar síntomas como estrés, ansiedad y depresión. Este estudio identificó y analizó la evidencia disponible sobre estas manifestaciones mediante una revisión integrativa de estudios publicados entre 2014 y 2024 en bases como Scopus, PubMed y SciELO. Se incluyeron investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas, evaluadas con herramientas como STROBE, CASPe, COSMIN y MMAT. Se seleccionaron 21 estudios que reportaron síntomas frecuentes como sobrecarga emocional, insomnio, hipervigilancia, retraimiento, culpa y fatiga. Estos se asociaron con factores organizacionales (falta de apoyo, cultura punitiva) y personales (sentimiento de culpa). El fenómeno configura un síndrome complejo con efectos sobre la salud mental y el desempeño profesional. Los hallazgos respaldan la necesidad de respuestas institucionales estructuradas, con estrategias de prevención, apoyo emocional y transformación cultural para mitigar sus consecuencias y promover entornos laborales seguros.

Palabras clave: Estrés laboral. Ansiedad. Depresión. Personal de salud. Evento adverso.

Resumo

Estresse, ansiedade e depressão em segundas vítimas: revisão integrativa

Eventos adversos na área da saúde também afetam os profissionais envolvidos, que podem se tornar “segundas vítimas” e desenvolver sintomas como estresse, ansiedade e depressão. Este estudo identificou e analisou as evidências disponíveis sobre essas manifestações por meio de uma revisão integrativa de estudos publicados entre 2014 e 2024 em bases como Scopus, PubMed e SciELO. Foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos e mistos, avaliados com ferramentas como STROBE, CASPe, COSMIN e MMAT. Foram selecionados 21 estudos que relataram sintomas frequentes como sobrecarga emocional, insônia, hipervigilância, retraimento, culpa e fadiga. Esses sintomas foram associados a fatores organizacionais (falta de apoio, cultura punitiva) e pessoais (sentimento de culpa). O fenômeno configura uma síndrome complexa com impactos na saúde mental e no desempenho profissional. Os achados apoiam a necessidade de respostas institucionais estruturadas, com estratégias de prevenção, apoio emocional e transformação cultural para mitigar suas consequências e promover ambientes de trabalho seguros.

Palavras-chave: Estresse ocupacional. Ansiedade. Depressão. Pessoal de saúde. Evento adverso.

Abstract

Stress, anxiety, and depression in second victims: an integrative review

Adverse events in healthcare also affect the personnel involved, who may become “second victims” and develop symptoms such as stress, anxiety, and depression. This study identified and analyzed available evidence on these manifestations by an integrative review of studies published between 2014 and 2024 in databases such as Scopus, PubMed, and SciELO. Quantitative, qualitative, and mixed-method studies were included and evaluated using tools such as STROBE, CASPe, COSMIN, and MMAT. Twenty-one studies were selected, reporting frequent symptoms like emotional overload, insomnia, hypervigilance, withdrawal, guilt, and fatigue. These were associated with organizational factors (lack of support, punitive culture) and personal factors (feelings of guilt). The phenomenon constitutes a complex syndrome affecting mental health and professional performance. Findings support the need for structured institutional responses, including prevention strategies, emotional support, and cultural transformation to reduce its consequences and promote safe work environments.

Keywords: Occupational stress. Anxiety. Depression. Health personnel. Adverse event.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Los eventos adversos en la prestación de servicios de salud constituyen un desafío significativo para las instituciones. Además de las consecuencias directas para los pacientes, estos eventos generan un impacto considerable en el personal de salud involucrado, quienes pueden experimentar afectaciones en su salud mental y física, así como enfrentar consecuencias laborales y judiciales, convirtiéndose, así, en lo que se conoce como “segunda víctima”^{1,2}. Los impactos más relevantes en el personal sanitario tras participar en un evento adverso son los emocionales y psicológicos, desarrollando síntomas de estrés, ansiedad y depresión, afectando las dimensiones física y laboral.

Estudios recientes han revelado la magnitud de este problema. En Colombia, el 44,4% del personal sanitario reportó haber participado en un evento adverso, y de estos, el 99% se identificó como segunda víctima³. Resultados similares se han reportado en Chile, donde el 39,2% del personal de salud participó en eventos adversos y el 73% de estos se reconoció como segunda víctima⁴. Las repercusiones psicológicas de estos eventos adversos son profundas, con tasas de prevalencia de hasta el 24,3% para la depresión, el 25,8% para la ansiedad y el 29,1% para el estrés^{5,6}.

Para comprender mejor el impacto de los eventos adversos en el personal de salud, se ha propuesto el Modelo de Apoyo a las Segundas Víctimas, desarrollado por Susan Scott y colaboradores en 2009⁷. Este modelo ofrece un marco conceptual que describe el proceso por el cual los profesionales de la salud se ven afectados emocionalmente después de un evento adverso y cómo el apoyo organizacional puede influir en su recuperación. El documento expone que las segundas víctimas experimentan un trauma emocional significativo que puede incluir síntomas de estrés postraumático, culpa, ansiedad y depresión. Además, subraya la importancia de implementar sistemas de apoyo psicológico y organizacional para mitigar estos efectos y facilitar la recuperación del personal.

El modelo también destaca que, sin la intervención adecuada, estos profesionales corren el riesgo de sufrir secuelas emocionales prolongadas, lo que no solo afecta su bienestar personal, sino también su capacidad para brindar atención de calidad. Por ello, es crucial mapear la literatura disponible y analizar las estrategias de apoyo que se han

implementado para reducir el impacto del estrés, la ansiedad y la depresión en las segundas víctimas.

Más allá de su dimensión clínica y organizacional, el fenómeno de las segundas víctimas plantea implicaciones éticas relacionadas con la responsabilidad institucional, la justicia organizacional y la protección de la dignidad del profesional de la salud involucrado en estos eventos. En este sentido, comprender estas manifestaciones no solo contribuye a la salud mental del personal, sino también al fortalecimiento de entornos asistenciales éticamente responsables.

En este contexto, esta revisión integrativa tiene como objetivo identificar y analizar la evidencia disponible sobre el estrés, la ansiedad y la depresión en las segundas víctimas del personal de salud. Mediante la revisión de estudios realizados entre 2014 y 2024, se busca comprender mejor los factores que contribuyen a estos problemas de salud mental y proponer intervenciones efectivas basadas en el modelo conceptual de Susan Scott.

Método

Este estudio utiliza la metodología de revisión integrativa⁸ con el objetivo de identificar las investigaciones con mayor evidencia sobre estrés, ansiedad y depresión en segundas víctimas dentro del contexto de la atención en salud. Este enfoque permite mapear la literatura existente para ofrecer una visión general y detectar brechas en el conocimiento sobre el tema.

Para ello, parte de la siguiente pregunta de revisión: “¿Cuáles son los factores que contribuyen al estrés, la ansiedad y la depresión en las segundas víctimas en el contexto de la atención en salud, según la evidencia disponible entre 2014 y 2024?”.

Con el fin de responder a esta cuestión, se realizó una búsqueda exhaustiva y sistemática en cinco bases de datos electrónicas: Scopus, PubMed, Web of Science, ScienceDirect, y SciELO, abarcando el período entre enero de 2014 y el primer semestre de 2024. La selección de estas bases de datos buscó asegurar una amplia cobertura en cuanto a investigaciones en ciencias de la salud y ciencias sociales aplicadas a la salud.

En esta búsqueda se utilizaron términos controlados, como términos MeSH (Medical Subject Headings) en PubMed, junto con términos libres y

sus variantes lingüísticas. A continuación, se presentan los términos clave y combinaciones utilizadas:

- Estrés: “estrés”, “stress”, “stress disorder”, “stress response”;
- Ansiedad: “ansiedad”, “anxiety”, “anxiety disorders”;
- Depresión: “depresión”, “depression”, “depressive symptoms”;
- Segundas víctimas: “segundas víctimas”, “second victims”, “second victim phenomenon”.

Se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR” para combinar los términos clave y optimizar los resultados, así: “second victims” AND “stress” OR “anxiety” OR “depression”; “second victims” AND “mental health” AND “healthcare professionals”. Además, se realizaron búsquedas avanzadas en cada base de datos utilizando los filtros disponibles para refinar los resultados, tales como límites por fecha de publicación, disponibilidad de texto completo y tipo de artículo.

Los estudios seleccionados debían cumplir con los siguientes criterios:

- Tipo de estudios: Se incluyeron estudios cuantitativos, cualitativos, ensayos clínicos y estudios mixtos que abordaran específicamente el impacto en la salud mental (estrés, ansiedad y depresión) en las segundas víctimas;
- Población: Personal de salud que haya estado involucrado en eventos adversos y se identifique como segunda víctima;
- Período de publicación: Solo se consideraron estudios publicados entre enero de 2014 y el primer semestre de 2024;
- Idioma: Se incluyeron estudios sin restricción de idioma para asegurar una cobertura más amplia de la literatura disponible.
- Disponibilidad de texto completo: Solo se incluyeron estudios con acceso al texto completo.

Los criterios de exclusión fueron estudios que no abordaran de manera específica el estrés, la ansiedad o la depresión en las segundas víctimas, que estuvieran centrados en estudiantes de pregrado del área de la salud o en profesionales ajenos al sector salud y que no estuvieran disponibles en texto completo o correspondieran únicamente a resúmenes sin información suficiente para su análisis.

Al aplicar la búsqueda, se recuperaron 307 estudios potenciales de las bases de datos seleccionadas. Tras una revisión inicial de títulos y resúmenes,

se descartaron 80 artículos por no cumplir con los criterios de inclusión y 59 artículos debido a la falta de acceso al texto completo. Se revisaron 55 artículos en su totalidad, de los cuales 34 fueron excluidos: 6 por no cumplir con los criterios de población, 22 por no estar alineados con el objetivo de la revisión y 6 por calidad metodológica. Finalmente, se incluyeron 21 estudios que cumplían con todos los criterios de inclusión.

Para evaluar la calidad de los estudios incluidos, se utilizaron cuatro herramientas de evaluación según el tipo de estudio:

- *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE): Esta herramienta se utilizó para estudios observacionales (cohorte y casos y controles) y permitió evaluar aspectos clave como el diseño, recolección de datos y análisis estadístico⁹;
- *Critical Appraisal Skills Programme Español* (CASPe): Utilizada tanto para estudios cualitativos como para ensayos clínicos. Para los estudios cualitativos, evaluó la adecuación metodológica, el análisis y la interpretación de los resultados. Para los ensayos clínicos, permitió evaluar la validez interna y externa, así como el riesgo de sesgo¹⁰;
- *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN): Utilizada en estudios que validaban instrumentos de medición en salud, evaluando la fiabilidad, la validez y la consistencia interna de las herramientas¹¹;
- *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versión 2018: Aplicada a estudios con métodos mixtos, permitió evaluar la calidad tanto de los componentes cualitativos como cuantitativos, asegurando una evaluación integral de ambos enfoques¹².

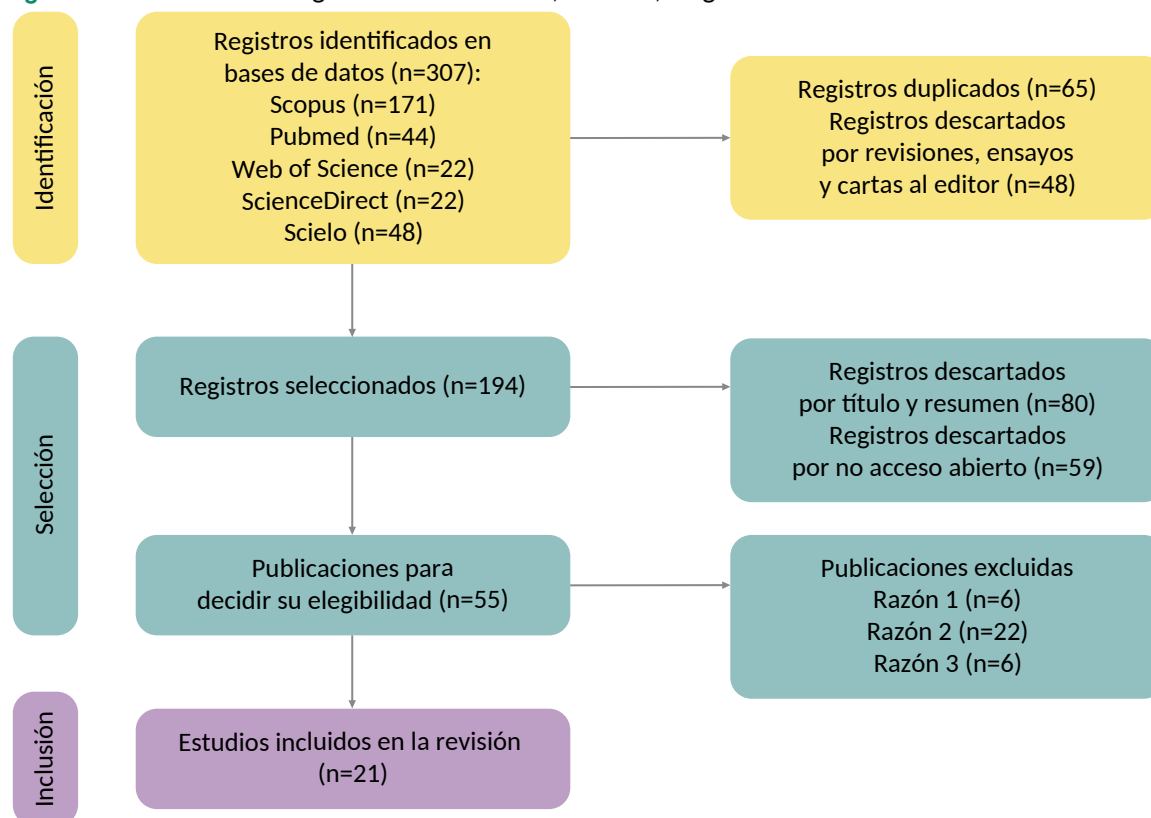
Cada estudio fue evaluado por dos revisores de manera independiente, y cualquier discrepancia en la puntuación fue resuelta mediante discusión o consulta a un tercer revisor. Tras la evaluación, los estudios fueron clasificados en tres categorías de calidad: alta calidad (cumplían con más del 80% de los criterios de calidad); calidad moderada (cumplían entre el 50% y el 80% de los criterios); y baja calidad (cumplían menos del 50% de los criterios).

Los estudios de baja calidad se incluyeron en el análisis cualitativo, pero sus limitaciones fueron resaltadas en la interpretación de los resultados.

Para el manejo de referencias y estudios seleccionados, se utilizó el *software* Mendeley. Además,

se generó un diagrama de flujo PRISMA para documentar cada etapa del proceso de selección de estudios.

Figura 1. Proceso metodológico de identificación, revisión, elegibilidad e inclusión



Resultados

Se incluyeron 21 estudios que abordaron el fenómeno de las segundas víctimas en profesionales de la salud, centrándose en las manifestaciones de estrés, ansiedad y depresión. La mayoría de los estudios fueron de tipo cuantitativo (n=12), seguidos por cualitativos (n=5), psicométricos (n=3) y uno mixto. Los estudios se realizaron en regiones diversas, como América (Brasil¹³⁻¹⁶, Argentina¹⁷ y Estados Unidos¹⁸⁻²⁰); Europa (España^{21,22}, Alemania²³, Países Bajos^{24,25} e Italia²⁶); Asia (China²⁷, Taiwán²⁸, Irán²⁹ y Turquía³⁰); Oceanía (Australia y Nueva Zelanda^{31,32}) y en África (Sudáfrica³³).

Las muestras variaron desde 6 participantes en estudios cualitativos hasta 4.369 en investigaciones cuantitativas multicéntricas. Los instrumentos más utilizados fueron el SVEST (*Second*

Victim Experience and Support Tool) y sus adaptaciones (n=9), seguido de escalas de ansiedad y depresión como: Generalized Anxiety Disorder 7-GAD-7 y WITHSTAND-PSY Questionnaire – WS-PSY-Q, cuestionarios estructurados validados por jueces y entrevistas semiestructuradas.

Los síntomas más reportados fueron el estrés (por sobrecarga emocional, insomnio y tensión psicósomática), la ansiedad (inseguridad, miedo, retraimiento social) y la depresión (culpa, desesperanza, baja autoeficacia). Estos síntomas se asociaron con factores como: la gravedad del evento adverso, la especialidad clínica, la falta de apoyo institucional y la carga emocional acumulada. Varios estudios señalaron consecuencias organizacionales, como el ausentismo laboral, el deseo de renuncia y el deterioro del clima institucional¹³⁻³³.

A continuación en el Cuadro 1, se presenta una síntesis de los estudios incluidos en la revisión

sobre segundas víctimas en profesionales de la salud. Se detallan el autor, país, tipo de estudio, tamaño muestral, instrumentos utilizados y principales síntomas psicológicos evaluados.

Cuadro 1. Características y principales hallazgos de los estudios elegidos en la revisión

N.º	Autor; año	País	Tipo de estudio/ tamaño muestral	Instrumentos	Síntomas evaluados	Principales hallazgos
1	Quadros, Magalhães, Wachs, Severo, Tavares, Pai; 2022 ¹³	Brasil	Cualitativo. 21 profesionales de la salud	Entrevistas semiestructuradas y <i>software</i> Functional Resonance Analysis Method	Culpa, miedo, angustia, impotencia	Se identificaron 447 caídas, 12 con daño moderado a grave. El modelado reveló variabilidad en ocho funciones del proceso preventivo. Los profesionales involucrados reportaron culpa, miedo, angustia e impotencia, configurándose como segundas víctimas del evento adverso.
2	Quadros, Magalhães, Boufleuer, Tavares, Kuchenbecker, Pai; 2022 ¹⁴	Brasil	Cualitativo. 21 profesionales de la salud	Entrevistas semiestructuradas	Estrés, culpa, angustia	El apoyo institucional a enfermería tras eventos adversos moderados a graves fue percibido como incipiente. Predominó el respaldo informal de pares y familiares, evidenciándose necesidad de formalizar flujos institucionales estructurados para mitigar repercusiones emocionales en segundas víctimas.
3	Alevi, Draganov, Gonçalves, Zimmermann, Giunt, Mira y colaboradores; 2024 ¹⁵	Brasil	Cuantitativo. 138 enfermeros	Hospital Survey on Patient Safety	Frustración, inseguridad, angustia y estrés	El 26,8% de los enfermeros recién graduados estuvieron involucrados en eventos adversos; el 94,6% presentó sufrimiento emocional, culpa, inseguridad y estrés. El 44,9% desconocía protocolos institucionales de apoyo, y el 21,6% recibió sanción institucional tras el evento.
4	Almeida, Moura; 2022 ¹⁶	Brasil	Cuantitativo. 203 enfermeros	Hospital Survey on Patient Safety	Ansiedad, miedo, frustración	El 60% de los profesionales de enfermería reportaron involucramiento en eventos adversos; el 55% presentó manifestaciones físicas o psicológicas, predominando ansiedad. Los efectos fueron mayores en eventos con daño moderado o grave y se asociaron a cultura punitiva institucional.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

N.º	Autor; año	País	Tipo de estudio/ tamaño muestral	Instrumentos	Síntomas evaluados	Principales hallazgos
5	Brunelli, Estrada, Celano, Bandriwskyj, Riquelme, Ortega y colaboradores; 2023 ¹⁷	Argentina	Cuantitativo. 1.134 profesionales de la salud	Second Victim Experience and Support Tool -Argentina versión	Culpa, tristeza, baja autoeficacia	El 56% de los profesionales reportaron haber cometido un error; predominó el impacto psicológico (media 3,4). El apoyo percibido fue mayor en familiares y amigos que en el ámbito institucional. El mayor impacto se asoció con menor percepción de apoyo.
6	Burlison, Scott, Browne, Thompson, Hoffman; 2017 ¹⁸	Estados Unidos	Psicométrico. 281 profesionales de la salud	Second Victim Experience and Support Tool	Culpa, insomnio, baja autoeficacia.	La validación del SVEST mostró adecuada consistencia interna (α 0,61–0,89) y buen ajuste factorial. El recurso de apoyo más deseado fue un par respetado para discutir el evento, evidenciando necesidad de apoyo estructurado institucional.
7	Chandrabhatla, Asgedom, Gaudiano, Avila, Roach, Venkatesan y colaboradores; 2022 ¹⁹	Estados Unidos	Cuantitativo. 81 médicos	Second Victim Experience and Support Tool; Abbreviated Maslach Burnout Inventory	Burnout, ansiedad, lesión moral	El 43% presentó burnout antes y durante el covid-19. Las experiencias de segunda víctima fueron frecuentes en profesionales con burnout y aumentaron en quienes no lo presentaban durante la pandemia. El daño moral predijo burnout en contexto del covid-19.
8	Allender, Bottema, Bosley, Holst, Clark, Weaver y colaboradores; 2023 ²⁰	Estados Unidos	Cuantitativo. 171 terapeutas respiratorios	Second Victim Experience and Support Tool	Ansiedad, depresión, resiliencia.	El 91% reportó eventos traumáticos laborales; 39% ansiedad, 32% insomnio y 28% culpa. El 15,6% manifestó intención de renuncia y 17,7% percibió falta de apoyo institucional. El apoyo más deseado fue el acompañamiento entre pares.
9	Santana-Domínguez, González-De La Torre, Verdú-Soriano, Berenguer-Pérez, Suárez-Sánchez, Martín-Martínez; 2022 ²¹	España	Cuantitativo. 719 profesionales de la salud	Second Victim Experience and Support Tool-España version	Estrés, culpa, insomnio	La prevalencia de sentimiento de segunda víctima fue del 62,6%. Se observaron diferencias significativas entre obstetras y matronas en distrés físico, psicológico, apoyo supervisor e intención de cambio laboral, evidenciándose impacto emocional y profesional diferenciado entre disciplinas.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

N.º	Autor; año	País	Tipo de estudio/ tamaño muestral	Instrumentos	Síntomas evaluados	Principales hallazgos
10	Tejedor-Romero, Vinuesa-Sebastián, Aranaz-Andrés; 2022 ²²	España	Cuantitativo. 52 profesionales de la salud	Escala de Afrontamiento en Situaciones de Emergencia - covid-19 (EASE covid-19)	Estrés agudo, ansiedad, distanciamiento	El 54% de los participantes tuvieron buen ajuste emocional; el principal temor fue contagiar familiares. El 60% modificó rutinas familiares, evidenciando sobrecarga emocional en profesionales críticos durante el covid-19.
11	Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, Burbridge A, Rösner H, Abloescher M y colaboradores; 2021 ²³	Alemania	Cuantitativo. 555 médicos	Segundas Víctimas en Países de Habla Alemana - SeViD	Culpa, insomnio, aislamiento	El 59% experimentó eventos como segunda víctima, y el 35% en el último año. El 12% reportó recuperación mayor a un año. Sexo femenino aumentó riesgo y carga sintomática; se valoró el diálogo abierto y discusión ética como apoyo prioritario.
12	Vanhaecht, Seys, Schouten, Bruyneel, Coeckelberghs, Panella y colaboradores; 2019 ²⁴	Países Bajos	Cuantitativo. 4.369 (1.619 médicos y 2.750 enfermeras)	Cuestionario estructurado / validado por jueces	Flashbacks, estrés, disfunción del equipo	El 85,6% reportó participación en incidentes de seguridad. La hipervigilancia fue el síntoma más frecuente (53%). Mayor grado de daño se asoció con síntomas más prolongados; incidentes con daño permanente aumentaron hasta nueve veces duración sintomática.
13	Christoffersen, Teigen, Rønningstad; 2020 ²⁵	Noruega	Cualitativo. 33 parteras	Entrevistas semiestructuradas	Ansiedad, culpa, abandono	Se identificaron prácticas de seguimiento gerencial proactivas y reactivas tras eventos adversos. El liderazgo transformacional y el apoyo planificado facilitaron recuperación y aprendizaje; la ausencia de seguimiento generó abandono, deterioro emocional y dificultad para continuar la práctica profesional.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

N.º	Autor; año	País	Tipo de estudio/ tamaño muestral	Instrumentos	Síntomas evaluados	Principales hallazgos
14	Busch, Mazzi, Berti, Wu, Cosci, Marinelli y colaboradores; 2023 ²⁶	Italia	Psicométrico. 284 profesionales de la salud	WITHSTAND-PSY Questionnaire; WITHSTAND-PSY Screening Instrument	Ansiedad, depresión, afrontamiento	El cuestionario WI-THSTAND-PSY mostró adecuadas propiedades clinimétricas para evaluar ansiedad y depresión en segundas víctimas. Se confirmó impacto emocional significativo tras eventos adversos y utilidad clínica para detectar distrés y prevenir burnout prolongado.
15	Tang, Xie, Yan, Teng, Yu, Wei y colaboradores; 2024 ²⁷	China	Mixto. 406 enfermeras. 8 enfermeras para las entrevistas a profundidad	Second Victim Experience and Support Tool -SVEST; Cuestionario de Quejas Somáticas sobre el Estado de Subsalud (SCSSQ) y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Entrevistas a profundidad	Ansiedad, duda profesional, insomnio	El 76,9% reportó eventos de seguridad; las dimensiones con mayor puntaje fueron distrés profesional y psicológico. El SVEST se correlacionó positivamente con síntomas somáticos ($r=0,444$) y ansiedad ($r=0,490$), evidenciando impacto físico y mental significativo.
16	Tan, Chen; 2019 ²⁸	Taiwán	Cuantitativo. 1206 médicos	Short Form Health Survey (36-Item)	Estrés, depresión, agotamiento	El 25,2% reportó disputas por mala praxis. Tras ajuste, se observaron menores puntajes en salud general, salud mental y vitalidad en médicos involucrados, evidenciando impacto negativo prolongado del evento adverso en la calidad de vida.
17	Sharif-Nia, Hanifi; 2023 ²⁹	Irán	Psicométrico. 754 enfermeros	Second Victim Experience and Support Tool	Angustia, miedo, remordimiento	La versión persa del SVEST mostró cuatro factores que explicaron el 51,67% de la varianza total. El análisis confirmatorio evidenció buen ajuste y confiabilidad ($>0,7$), validando la medición del distrés y apoyo percibido en segundas víctimas.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

N.º	Autor; año	País	Tipo de estudio/ tamaño muestral	Instrumentos	Síntomas evaluados	Principales hallazgos
18	Ayvat; 2023 ³⁰	Turquía	Cualitativo. 6 profesionales de la salud	Grupos focales	Burnout, ira, devaluación personal	Se identificaron cinco temas: frecuencia del fenómeno, causas médicas, técnicas y violentas, emociones (impotencia, injusticia, ira), estrategias de afrontamiento y demandas de apoyo psicológico, legal y organizacional, evidenciando impacto emocional significativo en los profesionales de la salud.
19	Collings, Potter, Gebiski, Janda, Obermair; 2025 ³¹	Australia y N. Zelanda	Cuantitativo. 727 obstetras/ ginecólogos	Cuestionario estructurado / validado por jueces	Ansiedad, culpa, retraimiento	El 90% reportó mayor estrés ante resultados adversos graves; el 89%, alteraciones del sueño. Se evidenciaron efectos en salud mental, física y relaciones. Mujeres y cirujanos jóvenes presentaron mayor impacto emocional tras complicaciones quirúrgicas.
20	Buhlmann, Ewens, Rashidi; 2022 ³²	Australia	Cualitativo. 10 profesionales de la salud	Entrevistas	Estrés, aislamiento, burnout	Emergieron cinco temas: reacción emocional inicial intensa, secuelas prolongadas, repercusiones laborales, necesidad de apoyo organizacional y estrategias adaptativas para "seguir adelante". La falta de soporte institucional dificultó la recuperación profesional tras incidentes críticos.
21	Mathebula, Filmlalter, Jordaan, Heyns; 2022 ³³	Sudáfrica	Cuantitativo. 181 profesionales	Second Victim Experience and Support Tool	Estrés, insomnio, baja eficacia	Predominó mayor distrés psicológico (media 2,97) sobre físico (2,52). La autoeficacia profesional se afectó (2,71). El apoyo fue principalmente no laboral (4,08), siendo limitada la percepción de apoyo institucional (2,94).

Discusión

La revisión integrativa realizada evidencia que el fenómeno de las segundas víctimas es una situación mundial y persistente, caracterizada por una alta prevalencia de síntomas psicológicos como estrés, ansiedad y depresión. Estos hallazgos confirman que la experiencia de participar en un evento adverso tiene repercusiones significativas no solo en el bienestar emocional del profesional de la salud³⁴, sino también en su desempeño y en la seguridad del paciente³⁵, configurando un problema de alcance individual, organizacional y ético.

Desde una perspectiva bioética, el fenómeno de las segundas víctimas trasciende el ámbito individual y psicológico al configurarse como una expresión de vulnerabilidad moral generada en contextos organizacionales complejos. La exposición a eventos adversos no solo produce daño clínico potencial al paciente, sino también un daño emocional y moral al profesional de la salud³⁶, que interpela principios bioéticos fundamentales como la no maleficencia, la justicia organizacional, la responsabilidad institucional y la ética del cuidado^{37,38}. La ausencia de sistemas de apoyo, la cultura punitiva y la falta de respuestas organizacionales estructuradas constituyen formas de no maleficencia por omisión, que amplifican el sufrimiento del profesional y comprometen tanto su bienestar como la seguridad del paciente³⁹. En este sentido, las segundas víctimas deben ser comprendidas como sujetos éticamente vulnerables en los sistemas de salud, cuya protección no es solo una cuestión de bienestar laboral, sino un imperativo bioético.

Estrés: naturaleza, factores asociados e impacto laboral

El estrés en los profesionales sanitarios que han vivido eventos adversos representa una respuesta psicofisiológica significativa que puede transformarse en crónica y debilitante si no se aborda oportunamente. La literatura describe el estrés no solo como una reacción emocional inmediata, sino como un factor de riesgo ocupacional persistente que afecta el juicio profesional, el desempeño y el bienestar general del trabajador sanitario⁴⁰. Durante la pandemia por covid-19, el estrés laboral

se intensificó debido al aumento de la carga asistencial, la incertidumbre y la constante exposición al sufrimiento y la muerte, configurando entornos hostiles para el ejercicio laboral^{41,42}.

Se ha documentado que factores como la falta de apoyo institucional, el miedo a la sanción o la revictimización y la percepción de incapacidad profesional incrementan la intensidad del estrés, especialmente en contextos donde la cultura del castigo predomina sobre la del aprendizaje y el acompañamiento^{36,43}.

Los estudios número 2, 6 y 12 de esta revisión (Cuadro 1) documentan que factores como la falta de apoyo institucional, el miedo a la sanción, la revictimización tras el evento adverso y la percepción de incapacidad profesional aumentan significativamente la intensidad del estrés, especialmente en contextos donde predomina una cultura punitiva en lugar de una cultura orientada al aprendizaje y al acompañamiento. Estas condiciones organizacionales no solo perpetúan el malestar emocional, sino que limitan los procesos de recuperación y afrontamiento del profesional afectado.

Además, el estrés se manifiesta no solo mediante síntomas emocionales, sino también por respuestas físicas como la fatiga, trastornos del sueño y cefaleas, lo cual repercute directamente en las competencias profesionales y en las relaciones interpersonales con pacientes, familias y equipo de trabajo³⁹. La evidencia señala que el estrés no es exclusivo de una profesión o nivel jerárquico, sino transversal a todo el personal de salud, y es más severo en quienes trabajan en servicios críticos y de alta complejidad^{36,43}. Estas manifestaciones se asocian, además, con consecuencias organizacionales relevantes, como el ausentismo laboral, el deseo de renuncia y el deterioro del clima institucional.

Estos hallazgos evidencian que el estrés en las segundas víctimas no responde únicamente a demandas clínicas o emocionales individuales, sino que se encuentra profundamente condicionado por las respuestas, o la ausencia de ellas, del entorno organizacional frente a los eventos adversos.

Sumado a lo anterior, el estrés experimentado por las segundas víctimas no puede entenderse únicamente como una reacción individual al error, sino como la manifestación de un entorno organizacional que no garantiza condiciones éticas de

cuidado, apoyo y aprendizaje⁴⁴. La persistencia del estrés en contextos punitivos pone de manifiesto una falla estructural en la responsabilidad institucional hacia quienes cuidan, reproduciendo escenarios de daño evitable y vulnerando principios como la no maleficencia y la justicia organizacional⁴³.

En este sentido, la implementación de estrategias de prevención, protocolos de atención a segundas víctimas y programas de apoyo institucional no constituye solo una medida de salud laboral, sino una obligación ética orientada a la protección del profesional y a la promoción de entornos asistenciales seguros.

Ansiedad: manifestaciones, riesgos a largo plazo y asociaciones institucionales

La ansiedad es una de las respuestas más prevalentes y persistentes en los profesionales sanitarios que experimentan eventos adversos, caracterizada por hiperactivación fisiológica, preocupación anticipatoria, insomnio y síntomas somáticos como palpitaciones y dificultad respiratoria⁴⁵⁻⁴⁷. Estudios recientes evidencian que más del 20% del personal hospitalario presenta ansiedad clínica, con asociaciones significativas entre esta sintomatología y la sobrecarga alostática, el insomnio y la afeción de la memoria episódica⁴⁷. Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que la ansiedad no solo responde a factores agudos del entorno laboral, sino también a un estrés crónico acumulativo que compromete los mecanismos neurocognitivos de regulación emocional.

En el caso del personal sanitario, se ha identificado que la ansiedad coexiste con síntomas de agotamiento emocional y estrés, formando parte de una red sintomática interconectada en la cual la ansiedad cumple un rol central y amplificador de otras formas de sufrimiento psicológico⁴⁸. Además, se ha descrito que esta sintomatología puede mantenerse en el tiempo, especialmente en contextos institucionales donde la cultura es punitiva o donde no existen mecanismos claros de apoyo al personal tras un evento adverso^{34,41}.

De manera preocupante, la ansiedad ha sido asociada con un mayor riesgo de cometer nuevos errores clínicos, perpetuando así un ciclo de retroalimentación negativa que impacta tanto la salud del trabajador como la seguridad del paciente^{36,49}.

En términos bioéticos, la ansiedad en las segundas víctimas puede entenderse como una expresión de vulnerabilidad moral derivada de contextos institucionales que no garantizan condiciones de justicia, cuidado y apoyo tras el evento adverso. La ausencia de respuestas organizacionales empáticas y no punitivas expone al profesional a un sufrimiento evitable, vulnerando principios como la no maleficencia y la justicia organizacional⁵⁰. En este sentido, el abordaje de la ansiedad requiere no solo intervenciones individuales, sino una responsabilidad ética institucional orientada a la protección del profesional y a la promoción de entornos asistenciales seguros.

Depresión: consecuencias personales y profesionales, elementos desencadenantes

La depresión constituye uno de los efectos psicológicos más incapacitantes en los profesionales de la salud que han sido segundas víctimas tras un evento adverso. Se manifiesta mediante tristeza persistente, desesperanza, pérdida de interés, fatiga crónica, disminución de la autoeficacia y, en algunos casos, ideación suicida^{49,51}.

Una investigación reciente en profesionales de medicina y de enfermería revela que, factores como la alta carga laboral, la falta de apoyo institucional y la severidad del evento adverso están significativamente asociados con síntomas depresivos, con tasas que superan el 30% en ciertos ámbitos hospitalarios⁵². Los estudios 2, 9 y 12 incluidos en esta revisión (Cuadro 1) evidencian que su intensidad se relaciona con la gravedad del evento, la percepción subjetiva de culpa y la falta de apoyo posterior por parte de la institución.

A diferencia de otros síntomas, la depresión parece tener una evolución más prolongada, con efectos residuales que pueden persistir meses o incluso años después del evento, especialmente si no se cuenta con intervenciones psicosociales oportunas⁴⁷. Esto subraya la importancia de que los centros de salud implementen protocolos de detección temprana y acompañamiento psicológico especializado, con el fin de reducir la carga depresiva en las personas que brinda la atención en salud y promover su recuperación emocional.

En el análisis bioético, la depresión puede interpretarse como la expresión más profunda del daño moral no atendido, que compromete

la dignidad y la integridad profesional de quien cuida⁵³. La ausencia de apoyo estructurado y de prácticas institucionales orientadas al aprendizaje y la justicia organizacional expone al profesional a un sufrimiento evitable⁵⁴, vulnerando el principio de no maleficencia y la responsabilidad ética institucional. En este sentido, la implementación de protocolos de detección temprana y acompañamiento especializado no constituye únicamente una intervención en salud mental, sino una obligación ética para proteger al profesional y fortalecer la seguridad del paciente.

Los resultados de este estudio permiten afirmar que el fenómeno de las segundas víctimas en el personal de salud se manifiesta como un síndrome multifactorial con expresión clínica predominante en síntomas de estrés, ansiedad y depresión, los cuales interactúan entre sí y comparten factores desencadenantes comunes.

La revisión evidenció que la carga emocional acumulada, la percepción de culpa, la falta de apoyo institucional y la cultura punitiva son elementos transversales que amplifican el sufrimiento psicológico. Si bien cada síntoma tiene características clínicas diferenciadas, existe una notable co-ocurrencia que dificulta su abordaje fragmentado, razón por la cual se propone conceptualizar este fenómeno como un continuo de afectación emocional que evoluciona en función de la gravedad del evento, la respuesta del entorno y los recursos individuales de afrontamiento.

Los estudios incluidos en la revisión indican que esta sintomatología no solo compromete la salud del trabajador, sino también la calidad de la atención en salud, generando efectos organizacionales como el ausentismo, el deterioro del clima laboral y el aumento del riesgo de eventos adversos subsecuentes. En conjunto, los hallazgos refuerzan la necesidad de intervenciones integrales que consideren tanto los factores individuales como los contextuales, y que estén fundamentadas en modelos teóricos como el de Susan Scott para favorecer la recuperación emocional y la resiliencia institucional.

Esta revisión presenta algunas limitaciones relevantes. La heterogeneidad metodológica entre

los estudios incluidos, con enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos, dificultó la comparación directa entre hallazgos. Asimismo, muchos estudios utilizaron instrumentos autoadministrados, lo que puede haber generado sesgos de respuesta. También se identificó una limitada representación del perfil técnico o tecnológico y de regiones fuera de Europa y América. Finalmente, aunque se aplicaron herramientas de evaluación de calidad, se incluyeron estudios de calidad moderada que podrían afectar la solidez de algunas conclusiones. No obstante, los hallazgos ofrecen una visión integral y actualizada del impacto emocional de los eventos adversos en las segundas víctimas del sector salud.

Consideraciones finales

Esta revisión integrativa evidencia que el fenómeno de las segundas víctimas en salud representa una problemática frecuente, multifactorial y de alto impacto emocional para el talento humano en salud involucrado. Los síntomas de estrés, ansiedad y depresión emergen como respuestas predominantes, influenciadas por factores individuales, organizacionales y contextuales. Estos síntomas no solo afectan el bienestar del personal en salud, sino que comprometen la calidad de la atención, aumentando el riesgo de errores clínicos y el deterioro organizacional.

Desde una perspectiva ética, los hallazgos refuerzan la responsabilidad institucional de garantizar entornos seguros, no punitivos y orientados al aprendizaje, que reconozcan la vulnerabilidad del profesional tras un evento adverso. La implementación de estrategias integrales de prevención, detección y acompañamiento no constituye únicamente una intervención en salud laboral, sino una obligación ética orientada a proteger la dignidad del profesional y fortalecer la seguridad del paciente. Esta revisión también pone de relieve la urgencia de transformar las culturas organizacionales hacia entornos más seguros, solidarios y resilientes, que no solo protejan al paciente, sino también al profesional que cuida.

Referencias

1. Mira JJ, Lorenzo S. Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016 [acesso 5 maio 2025];31(2):1-2. DOI: 10.1016/j.cali.2016.02.005
2. Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, Strametz R, Mira J, Sigurgeirsdóttir 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* [Internet]. 2022 [acesso 5 maio 2025];19(24). DOI: 10.3390/ijerph192416869
3. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica* [Internet]. 2022 [acesso 5 maio 2025];42(1):184-95. DOI: 10.7705/biomedica.6169
4. Mallea Salazar F, Ibaceta Reinoso I, Vejar Reyes C. Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *J Healthc Qual Res* [Internet]. 2022 [acesso 24 set 2024];37(2):117-24. DOI: 10.1016/j.jhqr.2021.09.002
5. Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M *et al.* The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for covid-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health* [Internet]. 2020 [acesso 8 out 2024];18(1):100. DOI: 10.1186/s12960-020-00544-1
6. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2017 [acesso 8 out 2024];64(2):242-62. DOI: 10.1111/inr.12317
7. 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* [Internet]. 2009 [acesso 9 out 2024];18(5):325-30. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870
8. Toronto CE, Remington R, editores. A step-by-step guide to conducting an integrative review [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [acesso 29 set 2024]. DOI: 10.1007/978-3-030-37504-1
9. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2019 [acesso 15 set 2024];13(Suppl 1):31-4. DOI: 10.4103/sja.SJA_543_18
10. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español; Materiales [Internet]. Alicante: Redcaspe; 2023 [acesso 15 out 2024]. Disponível: <https://redcaspe.org/materiales/>
11. Mokkink LB, Boers M, van der Vleuten CPM, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL *et al.* COSMIN Risk of Bias tool to assess the quality of studies on reliability or measurement error of outcome measurement instruments: a Delphi study. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2020 [acesso 15 out 2024];20(1):293. DOI: 10.1186/s12874-020-01179-5
12. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M *et al.* Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2019 [acesso 20 out 2024]. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2019.03.008
13. Quadros DV, Magalhães AMM, Wachs P, Severo IM, Tavares JP, Pai DD. Modelagem de quedas de pacientes adultos e as repercussões à Enfermagem como segunda vítima. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2022 [acesso 29 out 2024];30. DOI: 10.1590/1518-8345.5830.3617
14. Quadros DV, Magalhães AMM, Boufleuer E, Tavares JP, Kuchenbecker RS, Pai DD. Caidas de pacientes adultos hospitalizados: suporte al equipo de enfermería como segunda víctima. *Aquichan* [Internet]. 2022 [acesso 29 out 2024];22(4):e2246. DOI: 10.5294/aqui.2022.22.4.6
15. Alevi JO, Draganov PB, Gonçalves GCS, Zimmermann GS, Giunta L, Mira JJ *et al.* O enfermeiro recém-formado na condição de segunda vítima. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 29 out 2024];37:eAPE02721. DOI: 10.37689/acta-ape/2024AO0002721
16. Almeida PP, Moura GG. As manifestações de segunda vítima de evento adverso: uma análise dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Minas Gerais. *Vigil Sanit Debate* [Internet]. 2022 [acesso 29 out 2024];10(3):3. DOI: 10.22239/2317-269X.01976

17. 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 (B Aires)* [Internet]. 2023 [acceso 29 out 2024];83:918-26. Disponible: <https://bit.ly/4eUVKPC>
18. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf* [Internet]. 2017 [acceso 29 out 2024];13(2):93-102. DOI: 10.1097/pts.000000000000129
19. Chandrabhatla T, Asgedom H, Gaudio ZP, Avila L, Roach KL, Venkatesan C *et al.* Second victim experiences and moral injury as predictors of hospitalist burnout before and during the covid-19 pandemic. *PLoS One* [Internet]. 2022 [acceso 29 out 2024];17(10). DOI: 10.1371/journal.pone.0275494
20. Allender EA, Bottema SM, Bosley CL, Holst SJ, Clark WJ, Weaver AL *et al.* Use of the revised second victim experience and support tool to examine second victim experiences of respiratory therapists. *Respir Care* [Internet]. 2023 [acceso 30 out 2024];68(6):749-59. DOI: 10.4187/respcare.10719
21. 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* [Internet]. 2022 [acceso 30 out 2024];9(5):2356-69. DOI: 10.1002/nop2.1249
22. Tejedor-Romero L, Vinuesa-Sebastián MM, Aranaz-Andrés JM. Healthcare workers in intensive care units as second victims of SARS-CoV-2: results of a survey. *J Healthc Qual Res* [Internet]. 2022 [acceso 30 out 2024];37(3):162-8. DOI: 10.1016/j.jhqr.2021.10.004
23. Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, Burbridge A, Rösner H, Abloescher M *et al.* Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *J Occup Med Toxicol* [Internet]. 2021 [acceso 30 out 2024];16(1). DOI: 10.1186/s12995-021-00300-8
24. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs E, Panella M *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* [Internet]. 2019 [acceso 1º nov 2024];9(7). DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029923
25. Christoffersen L, Teigen J, Rønningstad C. Following-up midwives after adverse incidents: how front-line management practices help second victims. *Midwifery* [Internet]. 2020 [acceso 1º nov 2024]. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102669
26. Busch IM, Mazzi MA, Berti L, Wu AW, Cosci F, Marinelli V *et al.* Screening second victims for emotional distress: assessment of the clinimetric properties of the WITHSTAND-PSY questionnaire. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2024 [acceso 1º nov 2024];92(6):399-409. DOI: 10.1159/000535006
27. Tang W, Xie Y, Yan Q, Teng Y, Yu L, Wei L *et al.* Exploring the experiences and support of nurses as second victims after patient safety events in China: a mixed-method approach. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2024 [acceso 4 nov 2024];17:573-6. DOI: 10.2147/rmhp.s451766
28. Tan ECH, Chen DR. Second victim: malpractice disputes and quality of life among primary care physicians. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2019 [acceso 4 nov 2024];118(2):619-27. DOI: 10.1016/j.jfma.2018.07.012
29. Sharif-Nia H, Hanifi N. Psychometric properties of the Persian version of the Second Victim Experience and Support Instrument. *Nurs Open* [Internet]. 2023 [acceso 4 nov 2024];10(7):4647-55. DOI: 10.1002/nop2.1713
30. Ayvat P. The second victim phenomenon experience of the anesthesia team: a focus group study. *Anestezî Dergisi* [Internet]. 2023 [acceso 4 nov 2024];31(2):118-27. Disponible: <https://bit.ly/4dyPI4O>
31. Collings R, Potter C, Gebiski V, Janda M, Obermair A. The impact of surgical complications on obstetricians' and gynecologists' well-being and coping mechanisms as second victims. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2025 [acceso 4 nov 2025];232(1):p104.e1-12. DOI: 10.1016/j.ajog.2024.07.043
32. Buhlmann M, Ewens B, Rashidi A. Moving on after critical incidents in health care: a qualitative study of the perspectives and experiences of second victims. *J Adv Nurs* [Internet]. 2022 [acceso 30 out 2024];78(9):2960-72. DOI: 10.1111/jan.15274

33. Mathebula LC, Filmlalter CJ, Jordaan J, Heyns T. Second victim experiences of healthcare providers after adverse events: a cross-sectional study. *Health SA Gesondheid* [Internet]. 2022 [acceso 30 out 2024];27. DOI: 10.4102/hsag.v27i0.1858
34. Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Med Clin (Engl Ed)* [Internet]. 2021 [acceso 5 maio 2025];156(9):449-58. DOI: 10.1016/j.medcle.2020.11.003
35. Chong RIH, Yaow CYL, Chong NZY, Yap NLX, Hong ASY, Ng QX *et al.* Scoping review of the second victim syndrome among surgeons: understanding the impact, responses, and support systems. *Am J Surg* [Internet]. 2024 [acceso 5 maio 2025];229:5-14. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2023.09.045
36. 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* [Internet]. 2020 [acceso 5 maio 2025];16(2):e61-74. DOI: 10.1097/pts.0000000000000589
37. Van Baarle E, Widdershoven G, Molewijk B. Just culture as dialogical learning: theoretical foundations and practical implications of restorative justice. *J Med Ethics* [Internet]. 2025 [acceso 2 fev 2026];jme-2025-110761. DOI: 10.1136/jme-2025-11076
38. Corral-Liria I, Losa-Iglesias M, Becerro-De-Bengoa-Vallejo R, Herraiz-Soria E, Calvo-Lobo C, San-Antolín-Gil M *et al.* Second victim syndrome among nursing professionals as a result of COVID-19: qualitative research. *BMC Nurs* [Internet]. 2025 [acceso 2 fev 2026];24(298). DOI: 10.1186/s12912-025-02974-5
39. 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* [Internet]. 2016 [acceso 5 maio 2025];42(8):377-AP2. DOI: 10.1016/s1553-7250(16)42053-2
40. Castillo-Castillo AE, Hidrovo-Pacheco T, Castro-Jalca AD. La pandemia de covid-19 y el estrés como factor de riesgo laboral. *MQRInvestigar* [Internet]. 2024 [acceso 5 maio 2025];8(1):491-501. DOI: 10.56048/MQR20225.8.1.2024.491-501
41. Parco E, Joaquin A, Cárdenas M. Systematic review: occupational stress of health professionals in times of pandemic [Revisión sistemática: estrés laboral de los profesionales de la salud en tiempos de pandemia]. *Journal of Global Health and Medicine* [Internet]. 2022 [acceso 5 may 2025];6(1):1-14. DOI: 10.32829/ghmj.v6i1.158
42. Florez F, López L, Bernal C. Prevalence of adverse events and their manifestations in health professionals as second victims. *Biomédica* [Internet]. 2022 [acceso 5 maio 2025];42(1). Disponível: <https://bit.ly/4wDRqul>
43. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J *et al.* Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2020 [acceso 5 maio 2025];155(10):434-40. DOI: 10.1016/j.medcli.2020.07.006
44. Simms-Ellis R, Harrison R, Sattar R, Sweeting E, Hartley H, Morys-Edge M, Lawton R. Avoiding 'second victims' in healthcare: what support do staff want for coping with patient safety incidents, what do they get and is it effective? A systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2025 [acceso 2 fev 2026];15(2):e087512. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-087512
45. da Silva Neto RM, Benjamim CJR, Carvalho PMM, Rolim Neto ML. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 2021 [acceso 5 maio 2025];104:110062. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2020.110062
46. Gayoso Cantero D, García Duque P, Serrano de la Fuente P, Peláez Álvarez JC. Ansiedad y mecanismos de adaptación en los residentes de un hospital de Madrid. *Educ Med (Barc)* [Internet]. 2024 [acceso 5 maio 2025];25(4):100933. DOI: 10.1016/j.edumed.2024.100933
47. Mei Q, Li W, Feng H, Zhang J, Li J, Yin J *et al.* Chinese hospital staff in anxiety and depression: not only comfort patients but also should be comforted – A nationwide cross-sectional study. *J Affect Disord* [Internet]. 2024 [acceso 8 maio 2025];360:126-36. DOI: 10.1016/j.jad.2024.05.143
48. Gu M, Wang S, Zhang S, Song S, Gu J, Shi Y *et al.* The interplay among burnout, and symptoms of depression, anxiety, and stress in Chinese clinical therapists. *Sci Rep* [Internet]. 2024 [acceso 8 maio 2025];14(1). DOI: 10.1038/s41598-024-75550-7

49. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, Crippa JA, Bolsoni LM, Sen S. Association between physician depressive symptoms and medical errors: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open [Internet]. 2019 [acceso 8 maio 2025];2(11):e1916097. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.16097
50. Martins MS, Rezende H, Quadrado ERS, Paula AG, Carmo HO, Nascimento VF. Second victim phenomenon: impact on healthcare professionals, organizational responsibility and support strategies. Rev Cuid [Internet]. 2025 [acceso 2 fev 2026];16(2). DOI: 10.15649/cuidarte.5072
51. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, Sen S. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians a systematic review and meta-analysis. JAMA [Internet]. 2015 [acceso 8 maio 2025];314(22):2373-83. DOI: 10.1001/jama.2015.15845
52. Pacutova V, Geckova AM, de Winter AF, Reijneveld SA. Opportunities to strengthen resilience of health care workers regarding patient safety. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023 [acceso 8 maio 2025];23(1):1127. DOI: 10.1186/s12913-023-10054-0
53. Ong T, Goh C, Tan E, Sivanathan K, Tang A, Tan H, Ng QX. Second victim syndrome among healthcare professionals: a systematic review of interventions and outcomes. J Healthc Leadersh [Internet]. 2025 [acceso 11 fev 2026];17:225-39. DOI: 10.2147/JHL.S526565
54. Liu H, Xiao Y, Qu H. Impact of second victim experience and support and psychological empowerment on depressive symptoms among nurses in China – a latent class analysis. BMC Psychol [Internet]. 2025 [acceso 11 fev 2026];13:951. DOI: 10.1186/s40359-025-03291-x

Erika Bibiana Rodríguez Gallo – Magíster – erodriguez118@areandina.edu.co

 0000-0002-9043-8852

Silvio Germán Telpiz de la Cruz – Doctor – sgtelpizd@unal.edu.co

 0000-0001-7974-1167

Correspondencia

Erika Bibiana Rodríguez Gallo – Av. Caracas, 69-44. Bogotá, Colombia.

Contribución de los autores

Erika Bibiana Rodríguez Gallo: concepción del estudio, búsqueda bibliográfica y de la redacción de la introducción, resultados, discusión y conclusiones. Silvio Germán Telpiz de la Cruz: definición del enfoque metodológico, análisis de resultados, elaboración y redacción de la discusión.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 13.6.2025

Revisado: 12.2.2026

Aprobado: 27.3.2026