


Fenómeno de la segunda víctima: impacto en los profesionales sanitarios, responsabilidad organizacional y estrategias de apoyo

Editorial

 Open access



Como citar este artículo:

Martins, Maristela Santini; De Rezende, Helena; Quadrado, Ellen Regina Sevilla; De Paula, Andresa Gomes; Carmo, Hércules de Oliveira; Nascimento, Vagner Ferreira do. Fenómeno de la segunda víctima: impacto en los profesionales sanitarios, responsabilidad organizacional y estrategias de apoyo. Revista Cuidarte. 2025;16(2):e5072. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.5072>

Highlights

- El fenómeno de la Segunda Víctima afecta a los equipos de salud de todo el mundo, pero a veces permanece invisible para los directivos y la sociedad.
- La ocurrencia de errores desencadena reacciones psicológicas, cognitivas y/o físicas en los profesionales involucrados, y la recuperación depende de factores individuales, organizacionales y de liderazgo.
- Las instituciones y líderes de salud deben adoptar políticas y prácticas que promuevan una cultura de seguridad, fomentando la denuncia de errores sin castigo, con apoyo emocional y psicológico adecuado para las Segundas Víctimas.
- La formación y preparación de los equipos de salud para comprender el fenómeno de la Segunda Víctima y el apoyo ofrecido a estos profesionales son tan importantes como la notificación de errores.







Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2025; 16(2): e5072

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.5072>



E-ISSN: 2346-3414

-  Maristela Santini Martins¹
-  Helena de Rezende²
-  Ellen Regina Sevilla Quadrado³
-  Andresa Gomes de Paula⁴
-  Hércules de Oliveira Carmo⁵
-  Vagner Ferreira do Nascimento⁶

1. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP), PPGEn, GPQUALIS. São Paulo, Brasil. E-mail: maristelasanti@usp.br
2. Bournemouth University. GPQUALIS. Bournemouth, Reino Unido. E-mail: hderezende@bournemouth.ac.uk
3. Juravinski Hospital, Hamilton Health Sciences. GPQUALIS. Hamilton, Ontario, Canadá. E-mail: sevillaqua@hhsc.ca
4. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP), PPGEn, GPQUALIS. São Paulo, Brasil. E-mail: andresa.paula@usp.br
5. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP), PPGEn, GPQUALIS. São Paulo, Brasil. E-mail: hércules.enf@usp.br
6. Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Faculdade Indígena Intercultural. Barra do Bugres, Mato Grosso, Brasil. E-mail: vagnernascimento@unemat.br

Las prácticas inseguras y los incidentes que resultan en resultados negativos para los pacientes pueden crear víctimas potenciales. Aunque los pacientes son las primeras y obvias víctimas, los trabajadores sufren los mismos errores, en el sentido de que quedan traumatizados después del evento¹, son las segundas víctimas². El término “segunda víctima” (SV) fue descrito inicialmente por Wu (2000), proponiendo que los médicos que cometen errores también necesitan ayuda. Posteriormente, Scott amplió el concepto, proponiendo que los SV son profesionales involucrados en un error de salud³. Recientemente, un consenso internacional propuso que SV puede ser cualquier trabajador de la salud, involucrado directa o indirectamente en un Evento Adverso (EA), error no intencional o lesión relacionada con el paciente, y que se vuelve víctima en el sentido de ser también impactado negativamente⁴.

La ocurrencia de errores desencadena factores estresantes, incluyendo reacciones psicológicas, cognitivas y/o físicas en los profesionales involucrados⁵. Prevalecen alteración de la memoria, ansiedad, rabia hacia uno mismo, remordimientos, preocupación, miedo a volver a equivocarse, problemas para dormir y vergüenza delante de los compañeros, además de fatiga, taquicardia, hipertensión, taquipnea y tensión muscular^{6,7}.

Recibido: 17 de marzo de 2025
Aceptado: 27 de marzo de 2025
Publicado: 1 de mayo de 2025

 *Correspondencia
Maristela Santini Martins
E-mail: maristelasanti@usp.br

En un estudio en el que participaron 31 SV, se mapearon seis etapas. Inicialmente, en la etapa de **respuesta al accidente y establecimiento del caos**, el SV se enfrenta a una sobrecarga emocional y cognitiva al lidiar, simultáneamente, con el desorden de pensamientos, la autorreflexión y el tratar de comprender lo sucedido, a la vez que intenta manejar a un paciente en crisis, en general, buscando ayuda para la atención de emergencia con el objetivo de estabilizar a la primera víctima. En la etapa de **reflexiones intrusivas** prevalecen pensamientos recurrentes de miedo y culpa, llevando a la reevaluación del evento y a la búsqueda incesante de respuestas sobre lo que llevó a cometer el error. En un intento de **restablecer su integridad personal**, SV busca el apoyo de personas de confianza, como colegas o familiares, mientras enfrenta la autocrítica y las preocupaciones sobre su reputación profesional³.

En etapas posteriores, el profesional enfrenta desafíos institucionales y emocionales más complejos. En la etapa de **soportar la inquisición**, surgen preocupaciones sobre posibles consecuencias legales y disciplinarias, además de síntomas físicos y psicológicos, lo que lleva al SV a buscar **primeros auxilios emocionales**. Se hace evidente la necesidad de apoyo psicológico y legal, intensificándose la búsqueda de un entorno seguro para expresar sus angustias. En la etapa de **avance**, el SV puede seguir tres caminos distintos: rendirse, sobrevivir o prosperar, dependiendo de su resiliencia y del apoyo recibido. Esta última etapa es crucial para determinar el impacto del evento en la trayectoria profesional y el bienestar del individuo, pudiendo llevar a su retiro del rol, a la continuación de secuelas emocionales o al fortalecimiento y compromiso con iniciativas de seguridad del paciente³. Cabe aclarar que no todos los SV experimentan las etapas en este orden y que algunos de ellos no pueden progresar a través de algunas etapas.

El fenómeno SV afecta a los equipos sanitarios de todo el mundo. En el Reino Unido, el 76% de los profesionales involucrados en cuasi accidentes o eventos adversos informaron haber experimentado impactos emocionales⁸. En la región central de Europa el fenómeno también es relevante. En Alemania⁹, el 59% de los médicos informaron sentirse como SV después de un EA, mientras que en Austria el 43% informó esta experiencia al menos una vez después de incidentes de esta naturaleza¹⁰. En Bélgica, los médicos generales informaron de altos índices de hipervigilancia, culpa, estrés y vergüenza¹¹. En España, el 70% de enfermeras y médicos reportaron haber experimentado, directa o indirectamente, la experiencia de SV, mientras que, en Italia, el 41% presentó síntomas psicológicos y físicos, así como intenciones de dejar su trabajo, después del evento¹².

Aproximadamente el 50% de los profesionales de la salud en Canadá se han visto afectados por esta experiencia en algún momento de sus carreras^{13,14}. En Estados Unidos, se estima que el 53% de los farmacéuticos y el 15% de los técnicos de farmacia se identificaron como SV, y el 60% de los farmacéuticos informaron que tardaron entre una semana y un año en superar la EA, mientras que el 20% llegó al año o nunca se recuperó del evento postraumático¹⁵. En otro estudio realizado en este país, entre profesionales que no prestaban atención directa a pacientes, el 26,7% de ellos reportó sentirse SV a lo largo de su carrera, y el 13,3% experimentó este sentimiento en el último año¹⁶.

En Argentina, la mayoría de los profesionales que vivieron el fenómeno de SV priorizaron la comunicación del EA con el equipo, pacientes y familiares, destacando aspectos positivos. Sin embargo, hubo informes de una falta de comprensión y aceptación por parte de los supervisores¹⁷. En Chile, el 90,2% de las enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos estuvo involucrada en un EA, y de estas, el 65,6% reportó el evento a su superior y el 66% se sintió culpable por lo sucedido, reportando conocer apoyo institucional (53%)¹⁸.

Un estudio con enfermeras brasileñas reveló la dificultad del grupo en reportar EA en la institución donde trabajan, debido al miedo al juicio y al castigo, incluso cuando hubo relatos de señales y síntomas de malestar emocional¹⁹. En ese mismo país, el 54,3% de las enfermeras recién graduadas involucradas en EA no estaban familiarizadas con el término "segunda víctima" y prevalecieron los sentimientos negativos (94,6%) y la inseguridad (70,3%). La mayoría recibió apoyo (59,5%), sin embargo, no todos de manera formal e institucional²⁰, realidad similar a un estudio nacional²¹.

La formación y preparación de los equipos de salud para comprender el fenómeno de la SV y el apoyo ofrecido a estos profesionales son tan importantes como la notificación de errores. Sin embargo, la cultura organizacional y la forma en que los líderes abordan la situación impactan directamente en las notificaciones de EA. Estos datos ponen de relieve la imperiosa necesidad de políticas institucionales para mitigar los efectos negativos de este fenómeno, que supone un desafío crítico para los sistemas de salud de todo el mundo. En este sentido, las estrategias de apoyo a los profesionales de la salud que experimentan el fenómeno de la SV deben apuntar a brindar apoyo emocional y psicológico, posibilitando al profesional recuperarse y reincorporarse al trabajo.

Existen programas y servicios de apoyo formales desarrollados por hospitales y organizaciones educativas. Son similares en que abordan la SV en tres niveles de atención, comenzando con el contacto inicial por parte de colegas o compañeros de trabajo, lo más pronto posible después de la aparición del EA. El segundo nivel es el apoyo brindado por profesionales capacitados para identificar si aún existen signos de sufrimiento en los SV. Sin embargo, si el sufrimiento emocional persiste, estos profesionales deben ser remitidos a atención especializada, que incluye psicólogos y/o asesores legales³. A modo de ejemplo de estos programas, se pueden citar *Peer Support do Center for Professionalism and Peer Support (CPPS)*²², *Resilience in Stressful Events (RISE)*²³ y *Medically Induced Trauma Support Services (MITSS)*²⁴.

Otra estrategia de apoyo se refiere a la implementación de guías y herramientas con recomendaciones para fortalecer la cultura de seguridad, desarrollar políticas institucionales y ofrecer apoyo a pacientes, profesionales de la salud e instituciones tras un EA. Puede presentarse en forma de guías, guiones, listas de verificación, algoritmos de acción²⁵, entre otros, como una guía desarrollada por *Agency for Healthcare Research and Quality - (AHRQ)*²⁶, utilizada para orientar a los gerentes y profesionales en la implementación, el seguimiento y la mejora de *Care for the Caregiver Program*. Como herramienta modelo, existe el *Toolkit for Building a Clinician and Staff Support Program*, disponible en MITSS²⁷, que ayuda a desarrollar una cultura de seguridad, capacitar a los apoyadores y comunicarse con SV. Otra herramienta electrónica es Basada en el Análisis de causa raíz (BACRA)²⁵, diseñado para ayudar a los gestores a monitorear los riesgos en la atención sanitaria con profesionales afectados por la aparición de EA.

La literatura también describe otras formas de apoyo a la SV a través de intervenciones y acciones, que pueden ser informales o formales. Las experiencias informales incluyen compartir experiencias con colegas, cónyuges, familiares, amigos, profesionales o personas de confianza^{23,28,29}. Los enfoques formales implican diálogos estructurados con gerentes, especialistas en salud mental o pares experimentados capacitados para esta función^{28,30,31}. Además, estrategias centradas en los problemas y las emociones^{32,33}, escritura reflexiva^{30,34}, licencia temporal del trabajo^{35,36}, aprendizaje de los errores³⁷ y retroalimentación positiva^{38,39} están resaltados. Los SV reconocen los programas de asistencia al trabajador¹⁴, políticas y directrices institucionales orientadas a proteger la relación paciente/profesional, como una estrategia de apoyo por parte de las organizaciones^{40,41} y citar una *Unidad de Soporte a las Segundas Víctimas (USVIC)*⁴², una plataforma en línea desarrollada para fortalecer la comunicación, aclarar el fenómeno y brindar apoyo para la seguridad del paciente^{39,43}.

El apoyo del liderazgo a SV también es fundamental. Líderes con perfiles más colaborativos y descentralizados, que se alejan de modelos autoritarios y jerárquicos, brindan mayor seguridad a los empleados para reportar EA, permitiendo mejoras continuas en la calidad de la atención y la seguridad del paciente^{44,45}. Además, la forma en que los líderes apoyan a los SV es crucial para el resultado de esta condición. En Finlandia, los gerentes de enfermería sugieren el apoyo de pares para los SVs, independientemente de la gerencia, debido a la proximidad de los colegas en el momento en que ocurre el evento adverso. Los compañeros de trabajo pueden brindar este apoyo incluso si es de manera informal, es decir, no están calificados para llevar a cabo el enfoque de SV⁴⁶. Los líderes empáticos fomentan un entorno de apoyo emocional y establecen sistemas de apoyo formales e informales, como asesoramiento y grupos de apoyo, para ayudar a mitigar los efectos emocionales de la EA⁴⁷⁻⁵⁰.

Por lo tanto, es esencial que las instituciones de salud adopten políticas y prácticas que promuevan una cultura de seguridad, incentiven la denuncia de errores sin castigo y ofrezcan apoyo emocional y psicológico adecuado a los SVs. Los programas de apoyo, además del liderazgo empático y colaborativo, son esenciales para ayudar a los profesionales a superar los traumas resultantes de los EA y regresar al trabajo de forma segura y confiada. Al priorizar el bienestar de los profesionales, no solo fortalecemos la cultura de seguridad justa, sino que también construimos un sistema de salud más humano, resiliente y preparado para enfrentar los desafíos inherentes a la atención médica.

Conflicto de Interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación: La investigación no requirió financiación externa.

Referencias

1. **Seys D, Wu AW, Gerven EV, Vleugels A, Euwema M, Panella M et al.** Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2013;36(2):135-62. <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>
2. **Wu AW.** Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000;320:726. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
3. **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):325-30. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
4. **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.* 2022;19(24):16869. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>
5. **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):e61-e74. *Erratum. J Patient Saf.* 2020;16(3):e211. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000779>
6. **Treiber LA, Jones JH.** Devastatingly Human: An Analysis of Registered Nurses' Medication Error Accounts. *Qual Health Res.* 2010;20(10):1327-1342. <https://doi.org/10.1177/1049732310372228>
7. **Cohen R, Sela Y, Hochwald IH, Nissanholz-Gannot R.** Nurses' Silence: Understanding the Impacts of Second Victim Phenomenon among Israeli Nurses. *Healthcare (Basel).* 2023;11(13):1961. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131961>
8. **Harrison R, Lawton R, Stewart K.** Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. *Clin Med.* 2014;14(6):585-90. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-6-585>
9. **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.* 2021;16. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00300-8>
10. **Krommer E, Ablöcher M, Klemm V, Gatterer C, Rösner H, Strametz R, et al.** Second Victim Phenomenon in an Austrian Hospital before the Implementation of the Systematic Collegial Help Program KoHi: A Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3):1913. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031913>
11. **Neyens L, Stouten E, Vanhaecht K, Mira J, Panella M, Seys D, et al.** Open Disclosure Among General Practitioners as Second Victim of a Patient Safety Incident: A Cross-Sectional Study in Flanders (Belgium). *J Patient Saf.* 2025;21(1):9-14. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001299>
12. **Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al.** The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015;15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>

13. **Institute for Safe Medication Practices Canada - ISMP.** Second victim: Sharing the Journey toward Healing. *ISMP Canada Safety Bulletin*. 2017;17(9):1-6. <https://ismpcanada.ca/bulletin/the-second-victim-sharing-the-journey-toward-healing>
14. **Yoo L, Fei M.** The second victim: Supporting healthcare providers involved in medication errors. *Hospital News*. 2018;31(4):41. <https://www.ismp-canada.org/download/hnews/201804-HospitalNews-SecondVictim.pdf>
15. **Johnson TN, Tucker AM.** Pharmacy prevalence of second victim syndrome in a comprehensive cancer center. *Am J Health-Sys Pharm*. 2024;82(6):297-305. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxae267>
16. **Rivera-Chiauszi E, Finney RE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Torbenson VE, et al.** Understanding the second victim experience among multidisciplinary providers in OBGYN. *J Patient Saf*. 2022;18(2):e463–e469. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000850>
17. **Brunelli MV, Seisdedos MG, Martinez MM.** Second Victim Experience: A Dynamic Process Conditioned by the Environment. A Qualitative Research. *Int J Public Health*. 2024;69:1607399. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607399>
18. **Kappes M, Delgado-Hito P, Contreras VR, Romero-García M.** Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations. *Nurs Crit Care*. 2023;28(6):1022-1030. <https://doi.org/10.1111/nicc.12967>
19. **Silveira SE, Tomaschewski-Barlem JG, Tavares APM, Paloski G do R, Feijó G dos S, Cabral CN.** Impacts of patient safety incidents on nursing: a look at the second victim. *Rev enferm UERJ*. 2023;31(1):e73147. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2023.73147>
20. **Alevi JO, Draganov PB, Gonçalves GCS, Zimmermann GS, Giunta L, Mira JJ, et al.** The newly graduated nurse as a second victim. *Acta Paul Enferm*. 2024;37:eAPE02721. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO002721>
21. **Quadros DV de, Magalhães AMM de, Boufleuer E, Tavares JP, Kuchenbecker R de S, et al.** Falls Suffered by Hospitalized Adult Patients: Support to the Nursing Team as the Second Victim. *Aquichan*. 2022;22(4):e2246. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.6>
22. **Shapiro J, Galowitz P.** Peer Support for clinicians: a programmatic approach. *Acad Med*. 2016;91(9):1200-4. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001297>
23. **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):e011708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
24. **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):235-40. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(12\)38030-6](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(12)38030-6)
25. **Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al.** Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Rev Calid Asist*. 2016;31(2):3-10. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.008>
26. **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).** Care for the Caregiver Program Implementation Guide. Maryland: AHRQ; 2016.
27. **Tobin WN.** Medically Induced Trauma Support Services (MITSS). *Patient Safety Quality Healthcare*. 2013. <https://psnet.ahrq.gov/issue/medically-induced-trauma-support-services-mitss>
28. **Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al.** Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(5):233-40. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(10\)36038-7](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(10)36038-7)
29. **Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M.** Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):325-31. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>
30. **Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al.** Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):678-87. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>
31. **Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al.** The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>

32. **Chan ST, Khong PCB, Wang W.** Psychological responses, coping, and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev.* 2016;64(2):242-62. <https://doi.org/10.1111/inr.12317>
33. **Coughlan B, Powell D, Higgins MF.** The second victim: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;213:11-16. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002>
34. **Hall L, Scott SD.** The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin North Am.* 2012;47(3):383-93. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2012.05.008>
35. **White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW, et al.** Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J Healthc Risk Manag.* 2015;34(4):30-40. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21169>
36. **Pais Iglesias B, Rodríguez Pérez B, Martín Rodríguez MD, Carreras Viñas M.** Gestión de segundas víctimas en Galicia. *Rev Calid Asist.* 2016;31(2):47-49. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.001>
37. **Scott SD.** The second victim phenomenon: a harsh reality of health care professions. *Agency for Healthcare Research and Quality.* 2011. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/second-victim-phenomenon-harsh-reality-health-care-professions>
38. **Sirriyeh RH.** Coping with medical error: the case of the health professional [Thesis Doctoral]. Leeds: University of Leeds; 2011.
39. **Nainar SMH.** Adverse events during dental care for children: implications for practitioner health and wellness. *Pediatr Dent.* 2018;15:40(5):323-326. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30355425/>
40. **Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER.** Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *J Patient Saf.* 2015;11(2):73-78. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000060>
41. **Rivera EY, Lee C, Bernstein PS, Chazotte C, Goffman D.** "Second victim" experiences in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2015;125(5):1075. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000463648.49876.ba>
42. **Bueno Domínguez MJ, Briansó Florencio M, Colomé Figuera L, Prats Alonso E.** Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC). *Rev Calid Asist.* 2016;31(2):49-52. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.002>
43. **Hauk L.** Support strategies for health care professionals who are second victims. *AORN J.* 2018;107(6):7-9. <https://doi.org/10.1002/aorn.12291>
44. **Reason J.** Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320(7237):768-70. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
45. **Marx D.** Patient Safety And The "Just Culture": A Primer For Health Care Executives. New York: Trustees of Columbia University; 2001.
46. **Järvisalo P, Haatainen K, Von Bonsdorff M, Turunen H, Härkänen M.** Interventions to support nurses as second victims of patient safety incidents: A qualitative study of nurse managers' perceptions. *J Adv Nurs.* 2023;80(6):2552-2565. <https://doi.org/10.1111/jan.16013>
47. **Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia F de OM.** Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03669. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>
48. **Liukka M, Steven A, Vizcaya Moreno MF, Sara-aho AM, Khakurel J, Pearson P, et al.** Action after adverse events in healthcare: an integrative literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):4717. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134717>
49. **Loureiro R, Lima AMN, Ferreira MM, Moreira MTF, Guerra MM, Santos J.** Influência dos estilos de liderança no burnout dos enfermeiros: uma scoping review. *J Health NPEPS.* 2022;7(1):e5987. <https://doi.org/10.30681/252610105987>
50. **Gasparino RC, Ferreira TDM, Bernardes A.** A importância da liderança em enfermagem para o alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável. *J Health NPEPS.* 2023;8(2):e11956. <https://doi.org/10.30681/2526101011956>